



Community Health Plan
LOS ANGELES COUNTY

MANUAL PARA MIEMBROS

TAMBIÉN INCLUIDO:

- Guías de Salud
- Notas Importantes



PASC - SEIU HOMECARE WORKERS HEALTH CARE PLAN

**COMMUNITY HEALTH PLAN
PASC - SEIU HOMECARE WORKERS
HEALTH CARE PLAN**

EVIDENCIA DE COBERTURA
Manual para los miembros

<http://chp.dhs.lacounty.gov>

Año de beneficio del 1 de julio de 2008 al 30 de junio de 2009

En su idioma

Estimado *miembro*,

Sabemos que es importante comunicarnos claramente para que usted pueda obtener los *servicios de atención médica* que necesite.

En los Estados Unidos, hay leyes, tales como el Civil Rights Act de 1964 (la ley de derechos civiles), que lo protege si usted no habla inglés. Si usted no oye o tiene problemas auditivos, o está *discapacitado*, tiene edad avanzada o es ciego, usted también está protegido por el Americans with Disabilities ACT (ADA - Ley para Americanos con Discapacidades) de 1990. La ADA es una ley que protege contra la discriminación a las personas con *discapacidades*. La ADA asegura que haya igualdad de oportunidades para personas con *discapacidades* en el empleo, servicios gubernamentales estatales y locales.

El consultorio del médico, clínica u *hospital* no puede negarle servicios porque usted no hable inglés o sea deficiente auditivo. Usted tiene derecho a servicios de *intérprete* sin cargo al obtener atención médica o cualquier servicio asociado a través de su plan de salud. Un intérprete es una persona que traduce oralmente lo que se dice en un idioma a otro idioma. Esto permite que personas que hablen distintos idiomas conversen y se comprendan.

Encontrará el significado de las palabras en letras itálicas en la "Sección Glosario" al final de este Manual del Miembro.

AVISO IMPORTANTE: SU CÓNYUGE E HIJOS NO SON ELEGIBLES PARA BENEFICIOS BAJO ESTE PLAN. Los recién nacidos o niños adoptados legalmente, después de los 31 días de nacidos no son elegibles para Beneficios bajo este plan. Sin embargo, podrán ser elegibles para otros programas de atención médica. **Community Health Plan (CHP)** puede ayudarle a encontrar cobertura para sus dependientes. Para mayor información, llame a Servicios para miembros de **CHP** al 1 (800) 475-5550.

La **Evidencia de Cobertura** también se llama manual para los miembros. El manual para los miembros le indica cómo obtener atención médica. También contiene los términos y condiciones de su cobertura de *beneficios* de atención médica. Usted debe leer el manual para miembros en su totalidad y con mucha atención.

Si usted tiene necesidades médicas especiales, usted debe leer las secciones que se refieran a usted.

El manual para los miembros y la sección de Resumen de Beneficios son sólo un resumen de las políticas y normas de **Community Health Plan**. Usted debe leer el contrato para determinar los términos y condiciones exactos de cobertura. Llame a **Community Health Plan** si usted tiene dudas sobre los servicios cubiertos, disposiciones específicas, o si desea solicitar una copia del contrato.

Community Health Plan
1000 South Fremont Avenue
Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4
Alhambra, CA 91803-8859
Teléfono: Llamada sin cargo: 1 (800) 475-5550
Fax: 1 (626) 299-7258 o 7259
Servicio TDD : 1(800) 353-7988
De lunes a viernes, de 08:00 a.m. a 5:00 p.m.

ÍNDICE

BIENVENIDO A Community Health Plan	1
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES.....	2
Derechos del Miembro.....	2
Responsabilidades del Miembro	3
SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS	4
CÓMO UTILIZAR EL COMMUNITY HEALTH PLAN	7
Su tarjeta de identificación	7
Médico de atención primaria (PCP).....	7
Cómo cambiar de médico de atención primaria (PCP).....	7
Calificaciones profesionales de nuestros médicos	8
Cómo obtener servicios de atención médica	8
Cómo obtener atención de rutina.....	8
Cómo hacer una cita médica.....	8
Cómo cancelar y obtener una nueva fecha para una cita médica	9
Cómo ver a un especialista.....	9
Cómo ver a un especialista de salud mental	9
Autorizaciones previas y referencias.....	9
Cómo obtener una segunda opinión	11
Cómo obtener una referencia permanente	12
Cómo continuar viendo a su médico si su médico deja el Plan.....	12
Cómo obtener atención de emergencia	13
Cómo obtener atención de urgencia	15
Cómo obtener transporte de emergencia.....	16
Cómo obtener transporte que no sea de emergencia	16
Cómo surtir sus medicamentos con receta	16
RESPONSABILIDADES DE PAGO.....	19
Tarifas de prepago.....	19
Responsabilidades del Suscripto.....	19
BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD	20
RESUMEN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS.....	30
Cambio en beneficios y cargos	30
RESUMEN DE EXCLUSIONES DE COBERTURA.....	37

ÍNDICE

SERVICIOS ESPECIALES.....	38
Servicios especiales para niños.....	38
Servicios especiales para indígenas norteamericanos.....	38
Programa para mujeres, bebés y niños (WIC Program).....	38
Centros de Salud Aprobados por el Gobierno Federal (FQHCs).....	38
QUEJAS/RECLAMACIONES Y APELACIONES.....	39
Quejas y apelaciones	39
Apelaciones ante el Departamento de Atención Médica Administrada.....	40
Revisión Médica Independiente	41
Revisión Médica Independiente de Terapias Experimentales o de Investigación (IMR- EIT).....	42
Arbitraje	43
TERMINACIÓN DE BENEFICIOS	45
Terminación con causa	45
Disposición de reestablecimiento	45
Cancelación de contrato del Plan.....	46
CONTINUACIÓN Y CONVERSIÓN DE COBERTURA	47
Cobertura de COBRA	47
Cómo funciona la cobertura COBRA	47
Cómo obtener cobertura COBRA.....	48
Costo del miembro por la cobertura COBRA.....	48
Cobertura de Cal-COBRA	48
Extensión de la continuación de cobertura.....	49
Conversión de cobertura	50
Término de empleo de miembro de 60 años de edad o mayor	51
MÁS INFORMACIÓN: ¿QUÉ MÁS NECESITO SABER?	52
Si usted se muda.....	52
Si recibe una factura.....	52
Si usted tiene otro seguro	52
Cómo se le paga al proveedor	52
Declaración afirmativa sobre incentivos	52
Nueva tecnología.....	53
Donación de órganos	53
¿Qué es una directiva anticipada?	54
Compensación al trabajador	54
Ley gobernante	54

ÍNDICE

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	54
Responsabilidad de terceros	54
Coordinación de beneficios.....	55
PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DE POLÍTICA PÚBLICA.....	55
Reuniones de la junta directiva	55
Comunicación de cambios en la póliza	55
OTROS SERVICIOS.....	56
GLOSARIO.....	57
NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES.....	62

BIENVENIDO A COMMUNITY HEALTH PLAN

Gracias por escoger su cobertura de atención médica con **Community Health Plan**. Por favor, lea la información que contiene este manual con mucha atención. Dicha información le ayudará a hacer un mejor uso de los servicios médicos del Plan.

Su atención médica será proporcionada por profesionales médicos habilitados en uno de nuestros consultorios médicos, clínicas u hospitales. Su médico de atención primaria (PCP) trabajará con otros médicos en todas las especialidades principales, farmacéuticos, enfermeros y otros profesionales de la salud para garantizar que usted reciba la mejor atención médica.

Si usted tiene dudas o comentarios sobre **Community Health Plan**, o desea información adicional sobre los beneficios médicos de *PASC - SEIU Homecare Workers Health Care Plan*, por favor comuníquese con un representante del Plan en la clínica /consultorio médico donde usted seleccionó para recibir atención médica (consulte el Directorio de proveedores de **Community Health Plan**), o escríbanos o llámenos:

Community Health Plan
Member Services Department
1000 South Fremont Avenue
Building A-9 East, 2nd Floor, Unit # 4
Alhambra, CA 91803-8859
1 (800) 475-5550
Servicio TDD : 1(800) 353-7988

Junto con este manual para miembros, usted debe haber recibido una tarjeta de identificación de **Community Health Plan**. El *directorio de proveedores* se puede obtener por correo poniéndose en contacto con el Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** o puede imprimirse en línea por Internet en <http://chp.dhs.lacounty.gov>.

Con gusto responderemos a sus preguntas y escucharemos sus comentarios.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Derechos del Miembro

Como miembro de Community Health Plan, tiene el derecho a...

Tratamiento respetuoso y cortés. Tiene derecho a ser tratado con respeto, dignidad y cortesía por el proveedor y personal del plan de salud. Tiene el derecho a no sufrir represalias o presión de ningún tipo cuando tome decisiones sobre su atención.

Privacidad y confidencialidad. Tiene el derecho de tener una relación privada con su proveedor y de que su historia clínica se mantenga confidencial. Tiene el derecho de recibir una copia y solicitar correcciones a su historia clínica o registros. Si es menor de edad, tiene derecho a ciertos servicios que no necesitan de la aprobación de sus padres.

Opciones y participación en su atención. Tiene el derecho de recibir información sobre su plan de salud y sus servicios. Tiene el derecho de escoger a su médico de atención primaria (PCP) de los médicos y clínicas que se detallan en el directorio de proveedores del plan de salud. También tiene el derecho de obtener citas dentro de un tiempo razonable. Tiene el derecho de hablar con su médico sobre cualquier cuidado que le recomiende o le brinde. Tiene derecho a una segunda opinión. Tiene derecho a información sobre el tratamiento sin importar el costo o cuáles son sus beneficios. Tiene el derecho de decir “no” al tratamiento. Tiene el derecho de decidir por anticipado como desea que lo atiendan en caso que tenga una enfermedad o lesión que pone su vida en peligro de muerte.

Expresar sus dudas. Tiene el derecho de quejar sobre **Community Health Plan**, los planes de salud con los que trabajamos o nuestros proveedores sin temor a perder sus beneficios. **Community Health Plan** lo ayudará con el proceso. Si no está de acuerdo con su decisión, tiene el derecho a pedir una revisión. Tiene el derecho a salirse del plan de salud cuando usted lo desee.

Servicio fuera de la red de proveedores de su plan de salud. Tiene el derecho a recibir servicios de emergencia así como a planificación familiar y servicios para enfermedades de transmisión sexual afuera de la red del plan de salud. Tiene el derecho de recibir tratamiento de emergencia cuando y donde lo necesite.

Servicio e información en su idioma. Tiene el derecho de solicitar un intérprete libre de cargo y no usar a familiares ni un amigo para que le traduzca. Tiene el derecho de obtener el manual para miembros y otra información en otros idiomas y formato.

Conozca sus derechos. Tiene el derecho de recibir información sobre sus derechos y responsabilidades. Usted puede hacer recomendaciones sobre estos derechos y responsabilidades.

Responsabilidades del Miembro

Como miembro de Community Health Plan, tiene la responsabilidad de...

Actuar en forma cortés y respetuosa. Usted es responsable de tratar a su médico y todos los proveedores y personal con cortesía y respeto. Usted es responsable por ser puntual en sus visitas o llamar al consultorio médico por lo menos con 24 horas antes de la visita para cancelarla o cambiarla.

Dar información actualizada, exacta y completa. Usted es responsable por dar información correcta a todos los proveedores. Usted es el responsable de hacerse los chequeos periódicos y por comunicarle al médico sobre problemas de salud antes de que se vuelvan serios.

Seguir el consejo del médico y participar en su cuidado. Usted es responsable de ocuparse de la atención de sus necesidades de salud con su médico y de seguir el tratamiento que ambos han acordado.

Usar la sala de emergencia solo si es una emergencia. Usted es el responsable de usar la sala de emergencia en casos de una emergencia o como le ha indicado el médico.

Informar sobre malas obras. Usted es responsable de informar sobre fraude en la atención de salud o malas obras a **Community Health Plan**. Puedo hacerlo sin dar su nombre o llamando a la línea directa para informar sobre fraude y abuso de **Community Health Plan** llamando al 1-800-475-5550.

SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS

Confidencialidad de la información médica

En **Community Health Plan**, apreciamos la confianza que usted nos tiene. Deseamos que siga siendo miembro de **Community Health Plan**. Es por eso que deseamos informarle de las medidas que toma **Community Health Plan** para mantener la privacidad de su información médica y la de su familia.

Con el fin de mantener la privacidad de su información médica y la de su familia,

Community Health Plan:

- Utiliza sistemas informáticos seguros
- Maneja la información médica siempre de la misma forma
- Revisa la forma en la que maneja la información médica
- Cumple con todas las leyes de la privacidad de la información médica

Todo el personal de **Community Health Plan** que tiene acceso a su información médica ha sido capacitado sobre las leyes de la privacidad. El personal obedece las directrices de **Community Health Plan**. Incluso firman un documento donde se comprometen a mantener la privacidad de toda la información. **Community Health Plan** no divulga la información médica a ninguna persona o grupo que por ley no tenga derecho a tenerla.

Community Health Plan necesita cierta información sobre usted para poder brindarle buenos servicios de atención médica. Esa información incluye:

- Nombre
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Idioma que usted habla
- Domicilio particular
- Número de teléfono en el hogar o en el trabajo
- Ocupación y nombre del empleador
- Si es casado o soltero
- Antecedentes médicos

Community Health Plan puede obtener esa información de cualquiera de estas fuentes:

- Usted
- Un padre, madre, tutor o custodio legal
- Otro plan de salud
- Su médico
- Su solicitud para el programa de atención médica
- Su expediente médico

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Antes de que **Community Health Plan** divulgue la información médica sobre usted a otra persona o grupo, necesitamos recibir su consentimiento por escrito. Esto puede suceder en caso de que:

- Un tribunal, árbitro u organismo similar necesite su información médica
- Se solicite una citación o una orden de registro
- Un médico legista necesite su información médica
- La ley requiera su información médica

Community Health Plan puede divulgar la información médica sobre usted a otro plan de salud o grupo para:

- Hacer un diagnóstico o brindar tratamiento
- Pagar su atención médica
- Revisar la calidad de su atención médica

En ocasiones, también podemos divulgar su información médica a:

- Grupos que otorguen licencias a los proveedores de atención médica
- Organismos públicos
- Investigadores
- Tribunales testamentarios
- Grupos de donación de órganos
- Organismos federales o estatales, según lo exija la ley
- Programas de control de enfermedades

A veces, **Community Health Plan** también puede brindar alguna información de su empleador respecto a sus funciones del trabajo como agacharse, levantar peso o ponerse de cuclillas, etc. Esta información ayudará a determinar su cobertura médica o a administrar nuestro plan de salud.

Si usted tiene alguna pregunta o quiere saber más acerca de su información médica, llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan**.

Tarjeta de identificación

Su paquete de nuevo *suscriptor* contiene las tarjetas de identificación para todos los miembros de su familia que cumplen con los requisitos y que están inscritos en **Community Health Plan**. Revise las tarjetas y si hay algún error, póngase en contacto con el Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1 (800) 475-5550. **Mantenga su tarjeta de identificación con usted en todo momento. Muéstrela su tarjeta de identificación a su doctor, farmacéutico, en el hospital, o a cualquier otro proveedor médico que lo atienda.** Siempre tenga la tarjeta a la mano cuando haga citas.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Es importante tener la tarjeta con usted en caso de una emergencia. La parte delantera de la tarjeta lo identifica como miembro de **Community Health Plan**, y la parte de atrás le indica a un hospital o clínica que no pertenezca al Plan cómo notificar a **Community Health Plan** sobre su emergencia y cómo obtener pago de **Community Health Plan**. Si usted es internado en un hospital que no está asociado con el Plan, será necesario notificar al Plan dentro de las 48 horas a partir de la hospitalización.

Si usted no recuerda cuál clínica o proveedor médico escogió al inscribirse a **Community Health Plan**, comuníquese con el Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** llamando al 1 (800) 475-5550. Su clínica o proveedor de atención primaria es adonde acude para recibir atención médica regular y es importante que siempre tenga a la mano la dirección, número de teléfono y las horas hábiles de la clínica o consultorio médico.

Directorio de Proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores* y farmacias incluye a todos los médicos, *hospitales, farmacias* y servicios de salud mental de la *red* de **Community Health Plan**. El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los domicilios, números de teléfono, horarios de servicio e idiomas que hablan nuestros proveedores de atención médica y farmacias. Tenga estas guías a la mano y consúltelas cuando necesite atención médica. Puede recibir un *directorio de proveedores y farmacias* por correo poniéndose en contacto con el Departamento de servicios de **Community Health Plan** o de imprimirlo en línea a través de internet en <http://chp.dhs.lacounty.gov>.

Servicios de idiomas e interpretación

Community Health Plan ofrece servicios de interpretación gratuita las 24 horas para aquellos miembros que hablen un idioma distinto del de su proveedor médico. No es necesario que usted use a sus familiares y amigos para que le interpreten. Usted tiene el derecho de presentar una queja a **Community Health Plan** si no recibe sus servicios en el idioma que solicita. Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar a **Community Health Plan**.

Acceso médico para pacientes con discapacidades

Community Health Plan se asegura de que los consultorios de los proveedores sean accesibles para las personas discapacitadas. Si usted no puede encontrar un proveedor que cumpla con sus necesidades, sírvase llamar a **Community Health Plan**.

CÓMO UTILIZAR EL COMMUNITY HEALTH PLAN

Su tarjeta de identificación

Su tarjeta de identificación de **Community Health Plan** les indica a las personas que usted es un *miembro*. Lleve su tarjeta de identificación de **Community Health Plan** consigo en todo momento. Exhiba su tarjeta de identificación de **Community Health Plan** cuando usted:

- Tenga una cita médica
- Vaya al *hospital*,
- Recoja una *receta*, o
- Obtenga cualquier otra atención médica.

Nunca permita que nadie use su tarjeta de identificación de **Community Health Plan**. Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación de **Community Health Plan** con su conocimiento es fraude.

Médico de atención primaria (PCP)

El *médico de atención primaria (PCP)* es su médico personal. Se le asignará un PCP al inscribirse con base en:

- El idioma que usted hable.
- La distancia de su casa al consultorio.
- Atención especializada más apropiada para la edad del *miembro*.

Él /ella asegurará que usted obtenga toda la atención médica que necesite. Él /ella lo referirá a un especialista cuando sea necesario. A medida que su *PCP* conozca más sobre usted y su salud, él /ella podrá proveerle atención de mejor calidad.

Cómo cambiar de médico de atención primaria (PCP)

Escoja un *PCP*

Para cambiar de PCP, llame a **Community Health Plan**.

Usted podrá cambiar de PCP por cualquier motivo si usted no está satisfecho con el que se le ha asignado. Es importante que usted visite a su PCP periódicamente.

Usted podrá escoger cualquier *PCP* del *directorio de proveedores* de **Community Health Plan**.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Puntos que recordar al escoger un PCP.

- Al escoger un PCP, usted también está escogiendo los especialistas, *hospitales* y otros *proveedores* de atención médica dentro de la *red de ese médico*.
- Su PCP escoge entre los *proveedores* de su *red* cuando lo refiera para servicios que necesite.
- Se le informará dentro del plazo de 30 días si su PCP deja de trabajar con **Community Health Plan**.

Calificaciones profesionales de nuestros doctores

Estamos orgullosos de nuestros doctores y su capacitación profesional. Si tiene preguntas sobre las calificaciones profesionales de los médicos y especialistas de la red, llame a **Community Health Plan**. **Community Health Plan** le puede dar información sobre la escuela de medicina a la que asistieron, su residencia o certificación.

Cómo obtener servicios de atención médica

Cómo obtener atención de rutina

Los exámenes médicos de rutina le ayudan a mantenerse saludable. Atención de rutina es cuando usted visita a su PCP para una revisión periódica, aunque no esté enfermo(a). Para obtener un examen médico de rutina, usted debe llamar y hacer una cita.

Ejemplos de atención de rutina incluyen:

- Evaluación inicial de salud (primer examen médico)

Usted debe hacer una cita para su primer examen médico lo antes posible si usted es un *miembro* nuevo de **Community Health Plan**. Este examen médico ayudará a que usted y su PCP se conozcan mejor. Ayudará a su PCP a proporcionarle mejor atención.

Cómo hacer una cita médica

Llame al consultorio de su médico.

Encontrará el número de teléfono de su PCP en su tarjeta de identificación o en el *directorio de proveedores*. Para solicitar un *directorio de proveedores* llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** o puede imprimirlo en línea <http://chp.dhs.lacounty.gov>.

Cómo cancelar u obtener una nueva fecha para una cita médica

Por favor, infórmele a su médico de inmediato si usted necesita cancelar una cita. Al cancelar su cita, usted permite que su médico atienda a otra persona. Si usted pierde su cita, llame a su médico de inmediato para obtener otra fecha.

Cómo ver a un especialista

Los especialistas son médicos que se ocupan de problemas de salud especiales. Los especialistas son médicos capacitados, con conocimiento y práctica en un área de la medicina. Por ejemplo, un cardiólogo es un especialista en el corazón y cuenta con años de capacitación especializada para tratar de problemas cardíacos.

Si su *PCP* opina que es *médicamente necesario* que usted vea a un especialista, su *PCP* lo referirá.

Cómo ver a un especialista de salud mental

Community Health Plan y PacifiCare Behavioral Health (PBH) pueden brindarle el apoyo que necesita para beneficios de salud mental o dependencia a sustancias químicas. El servicio incluye a condiciones por enfermedad mental grave o trastorno emocional grave en niños.

Para obtener servicios de salud mental primero debe llamar a PBH, excepto en casos de emergencia. Simplemente llame a PBH directamente a su número sin cargo al 1-800-999-9585, que está disponible las 24 horas del día, siete días de la semana. También puede tener acceso a los servicios de PBH mediante una referencia de su *PCP*.

Si desea recibir información sobre los proveedores participantes de PBH, obtener referencias para atención especial u obtener atención después de horas normales de oficina, llame sin cargo al número mencionado arriba, 24 horas al día, siete días a la semana.

Autorizaciones previas y referencias

Su *PCP* debe aprobar todos los *servicios de atención médica* antes de que usted los reciba. Esto se llama *autorización previa*. Una referencia es cuando usted solicita *servicios de atención médica* que su *PCP* no proporciona normalmente. Algunos servicios no requieren una referencia. No se necesita autorización previa antes de tener acceso a los servicios de emergencia. Consulte la “sección Resumen de los servicios cubiertos” para obtener una lista de servicios.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Hay distintos tipos de solicitudes para referencia:

- De rutina o periódica
- Urgente

Después de haber recibido una solicitud para referencia, será analizada y se responderá a la misma de la siguiente manera:

- Rutina - 5 días hábiles
- Urgente - 24 a 48 horas

Por favor, llame a **Community Health Plan** si usted no ha recibido una respuesta dentro de los plazos que figuran arriba.

Todos los *servicios de atención médica* son analizados, aprobados o negados de acuerdo a la *necesidad médica*. Si usted desea una copia de las políticas y procedimientos que **Community Health Plan** utiliza para decidir si un servicio es *médicamente necesario*, llame a **Community Health Plan**.

Cómo obtener una segunda opinión

Una segunda opinión es una visita a otro profesional de la salud habilitado cuando:

- Cuestiona si el procedimiento quirúrgico recomendado es razonable o necesario.
- Cuestiona un diagnóstico o plan de cuidado para una condición que representa una amenaza a la vida, pérdida de un miembro, pérdida de alguna función del cuerpo, o un daño substancial, incluyendo, pero no limitado a una seria condición crónica;
- Los indicadores clínicos no son claros o son complejos y confusos, el diagnóstico está en duda debido a resultados contradictorios de los exámenes, o el profesional de salud tratante no puede diagnosticar la condición y usted solicita un diagnóstico adicional.
- El tratamiento no está mejorando la condición médica del suscrito dentro de un periodo apropiado dado el diagnóstico y plan de atención, y usted solicita una segunda opinión respecto al diagnóstico o continuación del tratamiento.
- Ha intentado seguir el plan médico y ha hablado con el proveedor inicial respecto a serias preocupaciones que usted tiene acerca del diagnóstico o plan de cuidado.

La segunda opinión debe ser de un *profesional de la salud adecuadamente calificado* perteneciente a su *red*. Si no hay un profesional de la salud calificado que sea adecuado, su médico podrá autorizar la referencia a un proveedor de fuera del plan. Usted tiene derecho a solicitar y obtener una segunda opinión. Si su segunda opinión es aprobada, ya sea dentro o fuera de su red de proveedores, se tomará en cuenta su viaje al médico. Si se aprueba su solicitud de segunda opinión, se le podrá cobrar un copago para referencias similares.

¿Qué necesita hacer?

Paso 1: Converse con su *PCP* o **Community Health Plan** e infórmele que le gustaría ver a otro médico de su elección y sus motivos para ello.

Paso 2: Su *PCP* o **Community Health Plan** lo referirá a un *profesional de la salud calificado adecuadamente*.

Paso 3: Llame al profesional de la salud calificado para hacer una cita.

Si usted tiene una condición que representa una amenaza para su vida u otra condición con el potencial de tener un impacto perjudicial sobre su salud si no es atendida inmediatamente, se le dará una segunda opinión médica dentro de las 72 horas después de que el plan haya recibido su pedido, siempre y cuando sea posible.

Puede solicitar una copia de la norma sobre la segunda opinión de **Community Health Plan** llamando al Departamento de servicios a miembros.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Si usted no está de acuerdo con la segunda opinión, usted podrá presentar una *queja/reclamación* a **Community Health Plan**. Consulte la “sección Quejas/Reclamaciones y Apelaciones” para obtener más información.

Cómo obtener una referencia permanente

Usted podrá recibir una “referencia permanente” a un especialista si su PCP y el especialista deciden que usted tiene una condición o enfermedad que requiere atención médica especializada de largo plazo.

La referencia permanente requiere *autorización*. Una vez que usted tenga una referencia permanente, usted no necesitará *autorización* para cada visita al especialista o *profesional de salud calificado adecuadamente*. La referencia permanente es emitida para un especialista o *profesional de la salud calificado adecuadamente* que pertenezca a su *red* o que pertenezca a un centro de atención especializada. Para obtener una lista de *profesionales de la salud calificados adecuadamente*, llame a **Community Health Plan**.

Su especialista o *profesional de la salud calificado adecuadamente* desarrollará un plan de tratamiento para usted. El plan de tratamiento indicará la frecuencia con la que debe visitar al médico. Una vez aprobado el plan de tratamiento, el especialista o *profesional de la salud calificado adecuadamente* será su coordinador de atención, de acuerdo con el plan de tratamiento.

Cómo continuar viendo a su médico si su médico deja el Plan

Se le informará si su médico deja de trabajar con **Community Health Plan**. Usted puede solicitar que su médico siga atendiéndolo(a), si su médico ya no pertenece a **Community Health Plan** y lo(a) ha estado tratando por cualquiera de los siguientes problemas de salud:

- *Enfermedad aguda*
- *Condición crónica grave*
- *Enfermedad terminal*
- Embarazo, que incluye la duración del mismo y la atención inmediata después del parto.
- Niños recién nacidos a 36 meses de edad. No podrá exceder 12 meses desde la fecha de terminación del contrato o 12 meses de la fecha de vigencia de la cobertura para un miembro de cobertura reciente.
- Una intervención quirúrgica o cualquier otro procedimiento autorizado por el Plan como parte de un tratamiento documentado y que fue recomendado y documentado por el proveedor para que se llevara a cabo durante los 180 días posteriores a la fecha de terminación del contrato o durante los 180 días posteriores a la fecha de vigencia de la cobertura para un miembro de cobertura reciente.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Si tiene cualquiera de las condiciones anteriores, puede continuar recibiendo servicios de su médico por 90 días (o un periodo más largo si es necesario) hasta que se pueda hacer una transferencia a salvo.

Si está embarazada, puede continuar recibiendo servicios de su médico hasta que se completen los servicios después del parto (seis semanas después del alumbramiento) o hasta que se puede realizar la transferencia a salvo, lo que resulte más largo. Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar a **Community Health Plan**.

Community Health Plan requiere que un proveedor con un contrato terminado acepte las condiciones previas de su contrato y tarifas contractuales tal como se estipulan en sus contratos individuales. Si el proveedor con un contrato terminado no acepta las condiciones, términos y tarifas, **Community Health Services** no está obligado a continuar la provisión de servicios.

Grupos médicos cuyo contrato con el Plan terminó

Si **Community Health Plan** termina el contrato con el grupo médico u hospital de cuidados agudos generales al cual usted fue asignado, recibirá un aviso por escrito con 60 días de anticipación informándole de la terminación del contrato.

Cómo obtener atención de emergencia

El **Community Health Plan** cubre atención médica de emergencia las 24 horas al día, siete (7) días a la semana. Si usted cree que tiene una condición de emergencia que amenaza su vida y necesita tratamiento inmediato, vaya a la sala de emergencias más cercana. Los servicios de emergencia que son médicamente necesarios cubiertos por el plan, incluyendo servicios de ambulancia y salud mental, son aquellos que una persona prudente no experta consideraría necesarios para detener o aliviar:

- Una enfermedad o síntoma grave,
- Lesión o dolor intenso, o
- Condiciones que requieren de un diagnóstico y tratamiento inmediatos.

Condición Médica de Emergencia es una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) tales que podría suponerse, de forma razonable, que la ausencia de atención médica inmediata podría tener como consecuencia riesgo grave a la salud del paciente o la de su hijo no nacido, deficiencia grave de funciones corporales, o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esto incluye disturbios psiquiátricos y síntomas de abuso de sustancias.

Los servicios de emergencia son servicios médicos de veinticuatro horas que incluyen estudios médicos, pruebas y evaluaciones de un doctor o del personal adecuado bajo supervisión de un médico, para determinar si existe la condición de emergencia médica o parto activo y si es así, decidir sobre el cuidado, tratamiento, y cirugía que pudiera ser

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

necesaria por un médico para aliviar o eliminar la condición de emergencia médica, dentro de las capacidades de la instalación médica.

Se prestan servicios de emergencia a los miembros que se presentan con condiciones y síntomas de gravedad (incluyendo dolores muy fuertes) que cualquier persona no experta prudente, con conocimientos promedios en salud y medicina, pudiera pensar que la ausencia de una atención médica inmediata pondría en peligro serio la salud de la persona o de su hijo no nacido, o podría causar una seria limitación de una función corporal, o la falta de funcionamiento grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de emergencia incluyen también estudios médicos, exámenes, evaluaciones y tratamiento para una condición de emergencia médica o parto activo y la atención médica de una condición psiquiátrica.

Entre los *servicios de emergencia* se incluye el parto activo, o el trabajo de parto en un momento en el que sucediera cualquiera de las situaciones siguiente:

- Tiempo insuficiente para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del parto
- O si la transferencia podría presentar un riesgo a la salud y seguridad del miembro o del bebé por nacer.

Los servicios de emergencia también incluyen ambulancia y servicios de *salud mental* para casos de emergencia. **Community Health Plan** cubre todas las emergencias (se incluyen emergencias fuera del área o *servicios urgentemente necesarios*).

Algunos ejemplos de emergencias incluyen, entre otros:

- Dificultad para respirar
- Convulsiones
- Sangrado intenso
- Pérdida del conocimiento (no se despierta)
- Dolor intenso (incluyendo dolor en el pecho)
- Ingestión de veneno o sobredosis de medicamentos
- Fractura de huesos
- Lesión de la cabeza
- Lesión en un ojo

Los medicamentos anticonceptivos de emergencia están cubiertos cuando recibe servicios de atención de emergencia. Puede recibir servicios médicos de emergencia de doctores, hospitales, farmacias u otros profesionales, tengan o no contrato con **Community Health Plan**.

Qué hacer en caso de una emergencia

Llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana para recibir tratamiento

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Deberá llamar a su médico de atención primaria (PCP) dentro de las 48 horas de la emergencia. Si no logra comunicarse con su (PCP) dentro de las 48 horas de haber recibido servicios de emergencia, deberá avisar tan pronto como sea posible. **Siempre que sea posible deberá ir a un hospital asociado con Community Health Plan para tratamiento de emergencia.**

En caso de emergencia, usted puede ser internado en un hospital sin importar si es donde trabaja su PCP o no. Si su PCP no trabaja en el hospital, **Community Health Plan** lo podría transferir a un hospital con el que trabaje su médico de atención primaria cuando sea médicamente seguro.

Después de haber recibido atención de emergencia.

Paso 1: Siga las instrucciones del médico de la sala de emergencias.

Los servicios que no son de emergencia recibidos después de tratarse la emergencia requieren de una autorización de **Community Health Plan**.

Paso 2: Llame para hacer una cita de seguimiento con su médico de atención primaria (PCP).

Los servicios requeridos urgentemente son aquellos servicios necesarios para evitar un deterioro grave de la salud de un miembro, que resulta de una enfermedad, lesión o complicación imprevista debida a una condición existente, incluido el embarazo, para la cual no puede retrasarse el tratamiento hasta que el miembro regrese al área de servicio del plan.

Entre los servicios requeridos urgentemente se incluyen los servicios de maternidad necesarios para prevenir un deterioro serio de la salud de un miembro o el feto del miembro, según la creencia razonable por parte del miembro que sufre una condición relacionada con el embarazo, para la cual no se puede retrasar el tratamiento hasta que el miembro regrese al área de servicio del plan.

NO USE LA SALA DE EMERGENCIAS PARA SERVICIOS MÉDICOS DE RUTINA

Cómo obtener atención de urgencia

El cuidado urgente es lo que usted necesita cuando una condición, enfermedad o lesión no representa una amenaza a la vida pero necesita atención médica de inmediato. Muchos de los médicos de **Community Health Plan** cuentan con horarios para atención urgente de noche o durante el fin de semana.

Para obtener atención de urgencia, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Llame a su *PCP*.

Otro médico podrá responder a su llamado si su *PCP* no está disponible. Hay un médico disponible por teléfono las 24 horas del día, 7 días a la semana.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Paso 2: Dígale a la persona que atienda el teléfono que usted es *miembro* de **Community Health Plan**.

Paso 3: Pida hablar con su *PCP* o con el médico de guardia. Informe al médico de lo que ha sucedido y siga sus instrucciones.

Llame a **Community Health Plan** si usted no logra contactar a su *PCP*.

Cómo obtener transporte de emergencia

Definición

Servicios de Emergencia incluyen detección médica, exámenes, evaluación y tratamiento para una condición médica de emergencia o trabajo de parto activo. Los servicios de emergencia también incluyen atención para una condición psiquiátrica de emergencia.

Hay transporte de emergencia disponible cuando usted tenga una condición médica de emergencia. Si usted no está seguro(a) de si necesita transporte de emergencia, podrá llamar a su *PCP* y seguir su consejo, o podrá llamar al Servicio de Consejos Médicos fuera del horario de atención, disponible las 24 horas en el 1(800) 832-MEDI (1-800-832-6334).

Las ambulancias para emergencias médicas son pagadas por **Community Health Plan**. Usted debe procurar servicios de emergencia y/o servicios del "911" (incluyendo transporte en ambulancia), si usted cree que la condición médica es una condición médica de emergencia de acuerdo con la definición de servicios de emergencia de **Community Health Plan**.

Cómo obtener transporte que no sea de emergencia

Muchos médicos de **Community Health Plan** ofrecen transporte que no es de emergencia. Esto puede incluir servicios de vehículo con camilla y silla de ruedas para ir y regresar de las citas. Por favor, llame al consultorio del médico o a **Community Health Plan** si usted necesita ayuda con transporte para sus citas médicas.

Cómo surtir sus medicamentos con receta

Community Health Plan trabaja con *farmacias* ubicadas en muchos vecindarios. Usted debe obtener sus medicamentos bajo receta en una *farmacia* de la *red* de **Community Health Plan**. Encontrará una lista de *farmacias* en su *directorio de proveedores* que incluimos en su paquete de bienvenida.

Para el surtido de recetas:

Paso 1: Encuentre una *farmacia* que acepte **Community Health Plan**.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Paso 2: Lleve y muestre su *receta* y su **tarjeta de identificación de Community Health Plan** al farmacéutico.

Qué medicamentos están cubiertos

Community Health Plan utiliza una lista de medicamentos aprobados llamada formulario. Normalmente, su médico receta medicamentos del formulario. El formulario también identifica si un medicamento de la lista es preferido sobre otros medicamentos de la lista. **Los medicamentos del formulario son analizados por un comité formado por médicos y farmacéuticos del plan de salud, los que se reúnen mensualmente. Se seleccionan los medicamentos para la lista de acuerdo a su efectividad en el tratamiento de una condición y su nivel de seguridad cuando se los compara con otros medicamentos disponibles.**

La autorización para un uso sin rótulo o un medicamento de formulario aprobado por la FDA, recetado por un médico participante para una condición que represente una amenaza a la vida o que sea crónica y gravemente debilitante, será aprobada si su proveedor proporciona documentación que respalde la necesidad médica, seguridad y eficacia para el uso propuesto. Que los medicamentos estén en el Formulario de Medicamentos no garantiza que sean recetados por su proveedor. Sin embargo, se dará autorización para un medicamento que no esté en el formulario si su médico demuestra que no existe alternativa en el formulario y que el medicamento es necesario debido a cualquiera de las siguientes condiciones:

- Falta de un medicamento alternativo en el formulario
- No se logra el efecto con los medicamentos alternativos apropiados del formulario
- Alergia o reacción adversa documentada a un medicamento alternativo del formulario
- Necesidades especiales del paciente que requieran un medicamento que no esté en el formulario

El Community Health Plan le permite obtener los siguientes medicamentos o provisiones si los receta su médico y son *médicamente necesarios*:

- *Medicamentos bajo receta* o provisiones que figuren en el formulario.
- Una provisión de mantenimiento de medicamentos genéricos para el tratamiento de condiciones podrá ser provista por nuestra red de farmacias contratadas: provisión para 90 días. Los medicamentos de marca no son un beneficio cubierto para medicamentos de mantenimiento.
- Nuestra red de farmacias contratadas podrá proveer provisiones de medicamentos genéricos para el tratamiento de condiciones crónicas: provisión para 90 días.
- Suministros para diabéticos:

1. Monitores de glucosa en la sangre y tiras para medición de glucosa en la sangre

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

2. Monitores de glucosa en la sangre diseñados para las personas con problemas de la vista
 3. Bombas de insulina y todos los suministros relacionados necesarios
 4. Tiras para medición de cetona en orina
 5. Lancetas y dispositivos de punción de lanceta
 6. Sistemas de pluma para la aplicación de insulina
 7. Dispositivos podiátricos para prevenir o tratar complicaciones asociadas a la diabetes
 8. Jeringas para insulina
 9. Dispositivos para la vista, excepto anteojos, para ayudar a las personas con problemas de la vista a administrar la dosis apropiada de insulina
- Dispositivos anticonceptivos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA-Food and Drug Administration), (incluyendo anticonceptivos orales y diafragmas).

Medicamentos que no estén incluidos en el formulario

A veces, su médico podrá necesitar recetar un medicamento que no esté incluido en el formulario. Su médico y/o farmacéutico podrá llamar a **Community Health Plan** para obtener *autorización*.

Para decidir si el medicamento que no está en el formulario será cubierto, **Community Health Plan** puede pedir información adicional a su médico y/o farmacéutico.

Community Health Plan responderá a su médico y/o farmacéutico dentro de las 24 horas de haber recibido toda la información médica solicitada.

Su médico o farmacéutico le avisará si se aprueba el medicamento. Después de haber obtenido aprobación, usted podrá obtener su medicamento en una *farmacia* de su *red*. Si el medicamento no recibe aprobación, usted tiene derecho a apelar la decisión. Consulte a la “sección Quejas/Reclamaciones y Apelaciones” para obtener más información.

RESPONSABILIDADES DE PAGO

Tarifas de prepago

Su empleador es responsable por el pago a **Community Health Plan** de los cargos mensuales periódicos (**tarifas de prepago**) para su cobertura. Su prima mensual, que es su parte de las tarifas de prepago, será descontada de su remuneración del condado a través de descuento de sueldo. Su empleador le proporcionará un aviso previo de por lo menos 30 días si su parte de la tarifa de prepago aumentará para cubrir impuestos o tarifas de licenciamiento impuestas sobre el Plan por una entidad gubernamental. Usted será notificado por su empleador de su parte de los cargos, si los hubiera. Usted también está sujeto a los copagos especificados en este Manual para miembros. Su copago máximo en cualquier año calendario es \$1,000.

El costo de la prima mensual es el siguiente:

Inscritos	Prima Mensual Bruta
Sólo el empleado	\$1.00

Responsabilidades del suscriptor/miembro

1. Por estatuto y contrato con proveedores, usted no será responsable por el pago de servicios referidos por el Plan a cualquier proveedor contratado con el Plan, si **Community Health Plan** deja de pagar al proveedor.
2. Usted es responsable por su parte de las primas mensuales y copagos, si los hubiera.
3. Los copagos por servicios cubiertos proporcionados a usted deben pagarse en el momento en que los servicios son prestados o dentro de los 30 días después de haber recibido notificación de **Community Health Plan**.
4. **Community Health Plan** reembolsará a los proveedores que no pertenezcan al Plan por servicios y atención de emergencia autorizados únicamente. Si se obtienen servicios de atención médica no autorizados por motivos que no sean una emergencia, de un proveedor no asociado a su proveedor de atención primaria, usted puede ser responsable del pago total de la factura.
5. El proveedor con contrato debe aceptar el pago de capitación, el que constituirá pago completo por los servicios de atención médica prestados bajo el contrato del proveedor con **CHP**.
6. **CHP** no delega sus derechos de prenda a proveedores por contrato.

BENEFICIOS DEL PLAN DE SALUD

Su *PCP* debe realizar los arreglos necesarios y *autorizar* toda su atención antes que usted reciba servicios. Todos los *servicios de atención médica* son analizados, aprobados o negados de acuerdo a la *necesidad médica*.

Hay algunos servicios para los que su *PCP* no necesita realizar los arreglos y *autorizar*. Dichos servicios incluyen:

- Prueba confidencial de VIH
- Servicios de emergencia
- *Servicios de Planificación Familiar*
- *Miembros* que reciben ciertos servicios Obstétricos/Ginecológicos (incluye servicios asociados al embarazo). Simplemente llame a un médico Obstetra/Ginecólogo que pertenezca a la misma *red* que su *PCP* para hacer una cita. Consulte la “Sección Obstetricia/Ginecología” para obtener más información.
- Los *miembros* indígenas norteamericanos que reciben atención médica en Centros de Salud Indígenas o una Clínica de Salud Indígena.
- Servicios para enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Programa para mujeres, bebés y niños (programa WIC)

Servicios

Los servicios que figuran abajo están sujetos a todos los términos, condiciones, límites y exclusiones que describe el Manual para miembros. Esta no es una lista completa.

Alcoholismo/Drogadicción

Los servicios de crisis están cubiertos. Llame a **Community Health Plan** para obtener más información o para una referencia.

Ensayos Clínicos de cáncer

Si usted tiene cáncer, es posible que pueda participar en un ensayo clínico de cáncer que reúna ciertos requisitos, cuando usted sea remitido(a) por su *PCP* o proveedor que lo trate perteneciente a **Community Health Plan**. El *ensayo clínico* de cáncer debe ser por motivos *curativos*, y debe contar con aprobación de uno de los siguientes:

1. Instituto Nacional de Salud (NIH-National Institute of Health)
2. Administración de Drogas y Alimentos (FDA)
3. Departamento de Defensa de los EE.UU. (U.S. Department of Defense)
4. Administración de Veteranos de los EE.UU. (U.S. Veteran’s Administration)

Si usted participa en un *ensayo clínico* de cáncer aprobado, la mayoría de los servicios comunes estarán cubiertos.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Prueba de detección de cáncer cervical

Si le refiere su proveedor de atención primaria (PCP) o el proveedor que le esté tratando, podrá hacerse cualquier otra prueba para detección de cáncer cervical que esté aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), además de la prueba anual tradicional del Papanicolau.

Prueba para la detección del virus del papiloma humano (VPH) y la vacuna

La prueba de detección del virus del papiloma humano para cáncer cervical ha sido aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). Está disponible a las mujeres que son miembros de **Community Health Plan**. Además, las mujeres miembros de **Community Health Plan** de 9 a 26 años son elegibles para recibir la vacuna contra el virus del papiloma humano tal como lo recomienda el Comité Asesor sobre prácticas en las inmunizaciones. La vacuna contra el VPH ayuda a prevenir el cáncer cervical y otras enfermedades en las mujeres causadas por el VPH. Para obtener información sobre este servicio, hable con su médico de atención primaria de **Community Health Plan**.

Prueba confidencial de VIH

Usted no necesita *autorización* previa de su PCP para una prueba confidencial de VIH. Se encuentra disponible una lista de servicios delicados. Por favor, llame a **Community Health Plan** para solicitar una copia. Usted podrá obtener una prueba confidencial de VIH a través de los siguientes:

- Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles
- *Proveedores de servicios de planificación familiar*
- PCP
- Clínicas prenatales

Servicios para diabéticos

Los siguientes servicios están cubiertos para diabéticos cuando sean *médicamente necesarios*:

- Monitores de glucosa en la sangre y tiras para medición de glucosa en la sangre
- *Monitores de glucosa en la sangre diseñados para las personas con problemas de la vista*
- Bombas de insulina y todos los suministros relacionados necesarios
- Tiras para medición de cetona en orina
- Lancetas y dispositivos de punción de lanceta
- Sistemas de pluma para la aplicación de insulina
- Dispositivos podiátricos para prevenir o tratar complicaciones asociadas a la diabetes
- Jeringas para insulina
- Dispositivos para la vista, excepto anteojos, para ayudar a las personas con problemas de la vista a administrar la dosis apropiada de insulina
- Insulina
- Medicamentos bajo receta para el tratamiento de la diabetes
- Glucagón

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

- Capacitación y educación para el automanejo
- Educación familiar para el automanejo

Visitas a consultorio

Todas las visitas, exámenes, tratamientos y vacunas son proporcionados por su *PCP*.

Medicamentos

Los medicamentos bajo *receta* que figuren en el formulario de **Community Health Plan** están cubiertos. Diríjase a la “sección Cómo surtir sus medicamentos con receta.” para más información.

Equipos Médicos Durables (EMD)

Los EMD son equipos médicos usados repetidamente por una persona enferma o lesionada. Entre los ejemplos se incluyen:

- Monitores para la apnea
- Monitores de glucosa en la sangre
- Bombas de insulina y provisiones asociadas necesarias
- Máquinas nebulizadoras
- *Ortótica*
- Bolsas para ostomía
- Oxígeno y equipo para oxígeno
- *Prótesis*
- Dispositivos pulmonares auxiliares y provisiones asociadas
- Dispositivos espaciadores para inhaladores con dosis medidas
- Entubaciones y provisiones asociadas
- Catéteres urinarios y provisiones asociadas
- Dispositivos podiátricos para prevenir o tratar complicaciones asociadas a la diabetes
- Dispositivos para la vista, excepto anteojos, para ayudar a las personas con problemas de la vista a administrar la dosis apropiada de insulina

Se proveen EMD *médicamente necesarios* cuando los ordene su *PCP*.

Servicios de emergencia

La atención de emergencia es lo que usted necesita cuando tiene una condición, enfermedad o lesión que represente una amenaza a su vida o que perjudicaría gravemente su salud si no recibe atención inmediata. Esto incluye el transporte de emergencia (ambulancia).

La atención de emergencia está cubierta siempre y en todo lugar.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Planificación Familiar

Usted podrá recibir *servicios de planificación familiar* y anticonceptivos aprobados por la FDA a través de cualquier *proveedor* de atención médica habilitado para proveer dichos servicios. Los *proveedores* de planificación familiar incluyen, pero no se limitan a:

- Clínicas
- Enfermeros(as)/ parteras
- Servicios de Obstetricia y Ginecología
- PCP
- Establecimientos de 'Planned Parenthood' (paternidad planeada)

Los *servicios de planificación familiar* también incluyen asesoramiento y procedimientos quirúrgicos para la interrupción del embarazo (aborto). Es posible que usted necesite *autorización* para estos servicios. Por favor, llame a **Community Health Plan**.

Usted tiene derecho a obtener *servicios de planificación familiar* y a escoger un médico o clínica que no pertenezca a **Community Health Plan**. Usted no necesita *autorización* de su PCP. Se encuentra disponible una lista de clínicas de planificación familiar. Por favor, llame a **Community Health Plan** para solicitar una copia.

Ciertos hospitales y otros proveedores pueden no proveer uno o más de los siguientes servicios que podrán estar cubiertos por su contrato con el Plan y que usted podrá necesitar:

- *Servicios de planificación familiar;*
- Servicios anticonceptivos, incluyendo anticonceptivos de emergencia;
- Esterilización, incluyendo ligadura de trompas en el momento del parto ; o
- Aborto.

Si desea más información, llame a su médico, grupo médico, asociación de práctica independiente (API) o clínica. También podrá llamar a Community Health Plan para garantizar que usted logre obtener los *servicios de atención médica* que usted necesita.

La oficina de planificación familiar del *Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, Department of Health Care Services)* también puede responder a sus preguntas o referirle para *servicios de planificación familiar*. Usted podrá comunicarse con ellos en el 1-800-942-1054.

Educación de la salud

Servicios de educación para la salud:

- Promueven una vida saludable
- Previenen enfermedades

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

- Ayudan con el manejo de enfermedades *crónicas* (tales como asma, diabetes y enfermedad cardíaca)

Usted podrá informarse sobre los servicios de educación de salud a través de:

- Clases
- Asesoramiento
- Grupos de apoyo

Hay disponibles programas de educación de automanejo para diabéticos. Consulte a Servicios para diabéticos en esta “sección Beneficios del Plan de Salud”.

Pídale a su *PCP* materiales y clases de educación de la salud. Usted también podrá llamar a **Community Health Plan**.

Salud en el hogar

Se proveen servicios de salud en el hogar *médicamente necesarios* cuando los ordene su *PCP*.

Atención para enfermos terminales

Se provee atención *médicamente necesaria* en *establecimiento para enfermos terminales* cuando la ordene su *PCP*.

Los servicios de atención para enfermos terminales indicados por su *PCP* incluyen: cuidado de enfermería, servicios médicos sociales, servicios de ayuda de salud en el hogar, servicios médicos, medicamentos, equipos y aparatos médicos, asesoría y servicios de luto. El beneficio también incluye fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y atención con internamiento a corto plazo para el control del dolor y el manejo de síntomas. El beneficio puede incluir servicios domésticos en casa, servicios de voluntarios y atención de relevo de corto plazo.

Limitaciones: el beneficio de atención para enfermos terminales está limitado a aquellos individuos que son diagnosticados con una enfermedad incurable, con una expectativa de vida de doce meses o menos y que eligen el cuidado para enfermos terminales para su enfermedad, en lugar de los servicios tradicionales cubiertos por **Community Health Plan**. Si cambia de opinión, en cualquier momento, tiene la opción de discontinuar el beneficio de atención para enfermos terminales. Los individuos que escogen la atención para enfermos terminales tienen derecho a todos los beneficios bajo el Plan para todos los tratamientos excepto el tratamiento para la enfermedad terminal.

Atención hospitalaria

Se provee *atención médicamente necesaria en hospital*, que incluye, sin limitarse a:

- Servicios con *Internación*
- Cuidado intensivo
- Servicios *ambulatorios*

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Servicios de intérprete

Un intérprete es una persona que traduce oralmente lo que se dice en un idioma a otro idioma. Esto permite que personas que hablen distintos idiomas conversen y se comprendan.

Hay servicios en su idioma disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a **Community Health Plan** o a su *PCP*.

Servicios de laboratorio

Estos servicios (tales como análisis de sangre, de orina y culturas de garganta) serán provistos cuando los ordene su médico, en *consultorios y establecimientos para servicios de emergencia dentro o fuera de la red para servicios de emergencia y/o servicios de urgencia fuera del área*:

- Consultorio médico
- *Hospital*
- Laboratorio

Mastectomía

La mastectomía es una cirugía para extirpar un seno, debido a cáncer. Después de una mastectomía, **Community Health Plan** cubre *prótesis* y cirugía reconstructiva. Consulte a Cirugía Reconstructiva en esta "sección Beneficios del plan de salud".

Según la *necesidad médica*, usted y su médico podrán decidir cuánto tiempo necesitará permanecer en el *hospital* después de la cirugía.

Atención de maternidad

La atención de maternidad incluye:

- Visitas periódicas al médico durante su embarazo (prenatales)
- Pruebas para *diagnóstico* y genéticas
- Asesoramiento para la alimentación
- Trabajo de parto y parto
- Atención médica durante 6 semanas después del parto (posparto)

Llame a su médico de inmediato si usted cree que pueda estar embarazada. Es importante que reciba atención de inmediato y durante su embarazo.

Usted podrá escoger su médico de atención de maternidad entre los médicos de su *red*. Pídale más información a su *PCP*. Usted también podrá llamar a **Community Health Plan**.

Usted tiene derecho a permanecer en el *hospital* durante por lo menos 48 horas para un parto vaginal. Usted tiene derecho a permanecer en el *hospital* durante por lo menos 96 horas para una cesárea.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Después del parto, usted recibirá educación para la lactancia y equipos especiales, si fueran necesarios. Pregúntele a su médico, o llame a **Community Health Plan** si tiene dudas.

Consulte a la “sección Programa para mujeres, bebés y niños (programa WIC)” para obtener más información sobre alimentación y estampillas para alimentos.

Servicios de salud mental

Los beneficios de salud mental se ofrecerán bajo los mismos términos que otras enfermedades. Entre estos beneficios se incluyen:

- Servicios *ambulatorios*
- Servicios para pacientes internados.
- Servicios de hospitalización parcial y medicamentos con receta

Los servicios de salud mental ambulatorios o con internación son beneficios cubiertos según se detalla a continuación:

- Los beneficios ambulatorios o con internación para Trastornos Emocionales Graves (SED-Serious Emotional Disturbances) en niños son ilimitados.
- Los beneficios ambulatorios y con internación para Enfermedades Mentales Graves (SMI- Severe Mental Illnesses) son ilimitados para miembros de todas las edades.
- Las visitas ambulatorias para servicios de salud mental (que no sean para SED/SMI) están limitadas a 20 visitas por año.
- Los servicios de salud mental con internación (que no sean para SED/SMI) están limitados a 30 días por año de beneficio para el tratamiento de fase aguda de condiciones de salud mental durante un confinamiento certificado en un hospital del Plan.

SMI incluye:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizoafectivo
- Trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva)
- Trastornos depresivos graves
- Trastorno de pánico
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno persistente del desarrollo que incluye:
 - Trastorno autístico, Síndrome de Rett, Trastorno desintegrativo de la niñez, Síndrome de Asperger, Trastorno extendido del desarrollo no especificado (incluido el Autismo atípico), de acuerdo con las revisiones textuales IV del Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales)
- Anorexia nerviosa
- Bulimia nerviosa

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

SED es un problema en los niños menores de 18 años, que ha sido identificada en la edición más reciente del Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, diferente de un trastorno por uso de sustancias primarias o de un trastorno del desarrollo, el cual resulta en un comportamiento inapropiado para la edad del niño de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas y que cumple los criterios expresados en el párrafo (2) de la subdivisión (a) de la Sección 5600.3 del Welfare and Institutions Code (Código de Asistencia Pública e Instituciones).

Discapacidades militares

Coordinaremos servicios con discapacidades militares para los que hay establecimientos razonablemente disponibles para los miembros.

Atención del recién nacido

Después de los 31 días de su nacimiento, su bebé no estará cubierto por **Community Health Plan**. Para *inscribir* a su bebé en *Medi-Cal y/o Healthy Families Program*, llame al DPSS a través del teléfono de llamada sin cargo 1-877-481-1044.

Un médico de **Community Health Plan** en su *red* debe ver a su bebé dentro de las 2 semanas de nacido.

Las pruebas en recién nacidos para la detección de ciertos trastornos genéticos tratables están cubiertas. Dichos trastornos genéticos incluyen:

- Fenilcetonuria (PKU-Phenylketonuria)
- Galactosemia
- Hipotiroidismo
- Anemia falciforme
- Hemoglobinopatías asociadas.

Enfermera/partera y Enfermera Habilitada

Usted podrá recibir servicios de una enfermera/partera o enfermera habilitada que trabaje en la *red* de su *PCP*. Usted no necesita *autorización* previa. Para más información, pregúntele a su *PCP* o llame a **Community Health Plan**.

Obstetricia/Ginecología

Usted no necesita *autorización* previa de su *PCP* o de **Community Health Plan** para que la atienda un médico obstetra/ginecólogo que trabaje en su *red*. Por favor, llame a **Community Health Plan** si tiene dudas.

Línea de consejo del personal de enfermería Personal Health Advisor®

¿En qué consiste la Línea de consejo del personal de enfermería Personal Health Advisor®?

Es un servicio por teléfono disponible a todos los miembros de **Community Health Plan**. Puede llamar en cualquier momento en que tenga una pregunta de salud. Personal de enfermería registrado están a su disposición para responder a sus preguntas y ayudarle a tomar buenas decisiones de salud.

Beneficios al usar la Línea de consejo del personal de enfermería Personal Health Advisor:

- Obtiene ayuda profesional SIN COSTO

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

- La línea está abierta las 24 horas al día, 7 días a la semana
- No hay gastos de bolsillo extras
- Evita pérdida de tiempo en viajes innecesarios

¿Tiene que llamar antes de ir a la sala de emergencia o al consultorio del médico?

No. No necesita llamar antes de recibir atención.

Cuando llame al número, la enfermera le hará algunas preguntas. Le pueden ayudar a decidir si necesita ver al médico en cuanto antes. O, le pueden decir lo que tiene que hacer en casa para sentirse mejor. Si descubre que no necesita obtener atención de inmediato, le ahorraremos el costo de su copago, además de cualquier otro gasto de bolsillo extra. La enfermera se asegurará que usted y su familia obtengan la atención que necesitan.

Otras características de Línea de consejo del personal de enfermería:

- ♦ Biblioteca de salud en audio
Cuenta con más de 1100 mensajes de salud pregrabados. Puede llamar para obtener información sobre temas y recetas que son buenas para la salud.
- ♦ Apoyo para la decisiones informadas
Brinda a los miembros orientación a fondo y apoyo para tomar decisiones. De esta forma, los miembros pueden tomar buenas decisiones.
- ♦ Servicio de Navegación
Este servicio les dará a los miembros referencias al final de su llamada a la línea de consejo si es necesario. Estas referencias pueden ser a otros programas como manejo de enfermedades y salud conductual.

Línea de consejo del personal de enfermería Personal Health Advisor:

1-800-475-5550

TTD 1-800-353-7988

Atención prenatal

Diríjase a Atención de Maternidad en esta “sección Resumen de Beneficios”.

Cirugía reconstructiva

La cirugía reconstructiva repara partes del cuerpo anormales, mejora una función corporal o devuelve un aspecto normal. La cirugía reconstructiva está cubierta cuando es *médicamente necesaria*. Se provee cirugía reconstructiva cuando la solicita el PCP o cirujano que lo(a) trate y esté *autorizada* por **Community Health Plan**.

Servicios para enfermedades de transmisión sexual (STD)

Los servicios para enfermedades de transmisión sexual (STD, siglas en inglés o Sexually Transmitted Diseases) incluyen:

- Atención preventiva
- Detección
- Pruebas
- *Diagnóstico*

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

- Asesoramiento
- Tratamiento
- Seguimiento

Usted tiene derecho a recibir servicios para STD de cualquier médico o clínica. Usted no necesita *autorización* previa de su PCP.

Establecimiento de enfermería especializada

Atención *médicamente necesaria* en un *establecimiento de enfermería especializada* es provista cuando la ordene su PCP.

Terapia – ocupacional, física y del habla

Se provee *terapia ocupacional, física y del habla médicamente necesaria*, cuando la ordene el médico que lo(a) trate y esté *autorizada* por **Community Health Plan**.

Para información sobre cobertura de atención de la vista, llame a **Community Health Plan**.

Servicios de radiología

Dichos servicios serán provistos cuando los ordene su médico, en un *establecimiento de la red o fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área*:

- Consultorio médico
- *Hospital*
- Laboratorio

RESUMEN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Cambio en beneficios y cargos

Community Health Plan se reserva el derecho de cambiar los Beneficios y cargos de este plan de grupo. Se le dará a usted o al empleador aviso previo de treinta y un (31) días, por escrito, para cualquier cambio en los Beneficios y cargos.

BENEFICIOS	COPAGO A CARGO DEL SUSCRITO	LIMITACIONES
SERVICIOS AMBULATORIOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Visita de atención primaria, incluyendo: Medicamentos inyectables Pruebas de alergia 	\$5.00/copago por visita	
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud preventiva: Exámenes de salud periódicos Exámenes Pruebas p/detección de cáncer Inmunizaciones Detección problemas visuales/auditivos Educación de la salud Atención del niño sano 	\$5.00/copago por visita Sin copago Sin copago Sin copago Sin copago Sin copago	Limitado a los primeros 31 días de vida.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal y de posparto 	Sin copago	
<ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar: Consultas Interrupción voluntaria del embarazo Ligadura de trompas Vasectomía 	Sin copago Sin copago Sin copago Sin copago	
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas con el especialistas/visitas 	\$2.00/copago por visita	A través de referencia de un médico del Plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio de diagnóstico, radiología, ECG, EEG 	Sin copago	A través de referencia de un médico del Plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Radiología terapéutica, quimioterapia, diálisis renal 	Sin copago	A través de referencia de un médico del Plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía ambulatoria 	Sin copago	A través de referencia de un médico del Plan.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

BENEFICIOS	COPAGO A CARGO DEL SUSCRITO	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"> Anestesia 	Sin copago	A través de referencia de un médico del Plan.
<ul style="list-style-type: none"> Sangre, derivados de sangre y su administración 	Sin copago	A través de referencia de un médico del Plan.
<ul style="list-style-type: none"> Visitas de atención urgente 	\$5.00/copago por visita	
<ul style="list-style-type: none"> Visitas al Departamento de Emergencias: servicios de emergencia y atención las veinticuatro horas, incluyendo pruebas de detección médica, exámenes, evaluación y tratamiento de una condición médica de emergencia o trabajo de parto activo y emergencias psiquiátricas. 	\$35.00/copago por visita (se anula si se interna a persona).	
<ul style="list-style-type: none"> Terapia ocupacional, física y del habla 	\$5.00/copago por visita	Según medicamento necesarios.
SERVICIOS CON INTERNACIÓN:		
<ul style="list-style-type: none"> Alojamiento y comidas para todos los servicios médicamente necesarios Servicios de médico en hospital de agudos, establecimiento de enfermería especializada, establecimiento para enfermos terminales o establecimiento de salud mental Servicios de enfermería general y especializada Salas de operación y recuperación, otras salas de atención especial, según sea médicamente necesario provisiones médicas 	Todas sin copago dentro de la red del Plan o en emergencia documentada.	

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

<u>BENEFICIOS</u>	COPAGO A CARGO DEL SUSCRITO	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Productos farmacéuticos • Anestesia • Sangre, derivados de sangre y su administración • Atención obstétrica y parto (incluyendo cesárea) • Atención de guardería para el recién nacido mientras la madre esté hospitalizada y durante sus primeros 31 días de vida • Servicios de laboratorio para diagnóstico y de radiología 		
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia respiratoria • Terapia ocupacional, física y del habla • Internaciones por alcoholismo y drogadicción para desintoxicación médicamente necesaria • Diálisis • Planificación de alta coordinada 		
OTROS SERVICIOS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo y Drogadicción: <p>Con internación: Cubiertos sólo cuando médicamente necesarios para desintoxicación</p>	Sin copago	
<p>Con internación: Evaluación, intervención de crisis y tratamiento para condiciones pasibles de mejora significativa a través de terapia de corto plazo.</p>	\$5.00/copago por visita	Límite de 20 visitas por año de beneficios.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

BENEFICIOS	COPAGO A CARGO DEL SUSCRITO	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia Ambulancia aérea/ tierra si el miembro cree en forma razonable que existe una emergencia que requiere el servicio de transporte en ambulancia. 	Sin copago	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención dental Solo cuando el médico del Plan la considere médicamente necesaria. 	Sin copago	No cubre servicios dentales de rutina (ej., limpieza de dientes, cosmética).
<ul style="list-style-type: none"> • Diálisis Para deficiencia renal aguda y enfermedad renal de etapa final 	Sin copago	
<ul style="list-style-type: none"> • Equipos Médicos Durables: Equipos médicos apropiados para uso en el hogar, tal como equipo de oxígeno 	Sin copago	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la Salud en el Hogar Atención especializada médicamente necesaria 	Sin copago	No cubre atención de custodia.
<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento para enfermos terminales 	Sin copago	Según médicamente necesarios.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

BENEFICIOS	COPAGO A CARGO DEL SUSCRIPTO	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos con receta Provisión para hasta 30 días de medicamentos de formulario medicamente necesarios cuando los recete un médico del Plan para enfermedad de corto plazo o enfermedad aguda. Los medicamentos deben ser provistos por nuestra red de farmacias contratadas. 	<p>\$5.00 – copago por medicamento</p>	<p>Provisión de medicamentos genéricos o de marca para hasta 30 días bajo el plan de farmacia. Los medicamentos de marca serán proporcionados si el médico indica "dispense como se indica" o "no sustituya".</p> <p>Los medicamentos no cubiertos y bajo el plan de farmacia requieren autorización antes de ser obtenidos como beneficio cubierto.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de mantenimiento Provistos por nuestra red de farmacias contratadas para el tratamiento de condiciones crónicas: provisión para 90 días. 	<p>\$5.00 – copago por medicamento</p>	<p>Sólo medicamentos genéricos.</p> <p>Los medicamentos genéricos que no figuren en el formulario y que hayan sido autorizados por el plan de farmacia podrán obtenerse como beneficio cubierto.</p> <p>Los medicamentos de marca no son un beneficio cubierto.</p>

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

BENEFICIOS	COPAGO A CARGO DEL SUSCRIPTO	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación de corto plazo (Terapia física, ocupacional y del habla): Con internación: Ambulatorios: 	<p>Sin copago</p> <p>\$5.00/copago por visita</p>	<p>Según medicamento necesarios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Atención de enfermería especializada 	<p>Sin copago</p>	<p>Sin cargo hasta 100 días por año calendario en un establecimiento de enfermería especializado habilitado, cuando sea médicamente necesaria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Transplantes Transplantes médicamente necesarios de órganos y médula ósea; gastos médicos y hospitalarios de un donador o donador en potencia; gastos de pruebas y cargos asociados a la búsqueda de un órgano de donador. 	<p>Sin copago</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Línea de consejo del personal de enfermería Personal Health Advisor® Personal de enfermería registrado están a su disposición para responder a sus preguntas y ayudarlo a tomar buenas decisiones de salud. También incluye: Biblioteca de salud en audio, apoyo para tomar decisiones informadas y servicios de navegación 	<p>Sin copago</p>	<p align="center">Ninguno</p>

RESUMEN DE EXCLUSIONES DE COBERTURA

- Acupuntura
- biorretroalimentación
- Servicios Quiroprácticos
- Concepción por medios artificiales
- Dispositivos anticonceptivos que no requieran receta (salvo que el médico del Plan los considere médicamente necesarios)
- Artículos de conveniencia (por ejemplo, TVs, teléfonos, etc.)
- Servicios cosméticos (por ejemplo, cirugía realizada para alterar o dar nueva forma a estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar su aspecto)
- Cuidado de Custodia
- Servicios dentales de rutina
- Servicios experimentales o de investigación/Provisiones (Consulte la sección Revisión Independiente Externa para obtener más información)
- Dispositivos/Servicios auditivos
- Mejoras en el hogar/vehículo
- Implantes (salvo los que se consideren médicamente necesarios)
- Tratamientos para la esterilidad (salvo tratamientos para condiciones médicas del sistema reproductor si un médico del Plan los considera médicamente necesarios); tratamiento tales como la fertilización in vitro, transferencia de interfalopiana de gametos u otras formas de fertilización inducida, inseminación artificial o servicios asociados a o consecuencia de procedimientos para o los servicios de una madre portadora no son servicios cubiertos
- Atención de largo plazo
- Obesidad (tratamiento de la misma, salvo que un médico del Plan lo considere médicamente necesario)
- Dispositivos/Otras provisiones ortopédicas: excepto según disposiciones bajo Ortótica y Prótesis
- Medicamentos, provisiones, dispositivos de venta libre
- Dispositivos de implante fálico
- Exámenes físicos e Inmunizaciones para Empleo, Viaje, etc., (salvo que el examen corresponda a la programación de exámenes físicos de rutina provistos en servicios de salud preventiva)
- Servicios de podiatría (que no sean para el cuidado de los pies de diabéticos)
- Enfermería privada
- Cirugías de cambio de sexo
- Disfunción sexual secundaria a disfunción sexual no física asociada, salvo que sea médicamente necesario
- Transporte (que no sea provisto bajo servicios de ambulancia)
- Reversiones de vasectomías y ataduras de trompas
- Atención de la vista (no cubiertos: gafas, lentes de contacto, exámenes de rutina de la vista, salvo que sean provistos como parte de un examen de rutina bajo atención preventiva)
- Beneficios de Workers' Compensation (compensación al trabajador) y otras responsabilidades de terceros

Si usted tiene dudas sobre lo que está cubierto, por favor, llame a **Community Health Plan.**

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

SERVICIOS ESPECIALES

Servicios especiales para niños

California Children Services (CCS)

CCS está abierto a personas menores de 21 años con una *discapacidad*. Si su hijo(a) tiene una enfermedad médica *crónica*, él/ella podrá ser *elegible* para servicios bajo CCS. Converse con el *PCP* de su hijo(a) sobre CCS.

Child Health and Disability Prevention (CHDP)

Su hijo(a) podrá recibir Prevención de Salud y Discapacidad para Niños (CHDP) a través de la escuela local de su hijo(a). Usted puede llamar a CHDP al (323) 890-7941 si tiene dudas.

Servicios especiales para indígenas norteamericanos

Los *miembros* Indígenas Norteamericanos tienen derecho a obtener *servicios de atención médica* en Centros de Salud Indígenas y Clínicas de Salud para Indígenas Norteamericanos. Usted no necesita darse de *baja* de **Community Health Plan** para obtener *servicios de atención médica* de un Centro de Salud Indígena o Clínica de Salud para Indígenas Norteamericanos. Por favor, llame a Indian Health Services (Servicios de Salud Indígenas) al (916) 930-3927 para obtener más información. Viste el sitio web de Indian Health Services en www.ihs.gov para obtener más información.

Programa para mujeres, bebés y niños (WIC Program)

El Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) les brinda a mujeres embarazadas, madres recientes y sus bebés informaciones sobre nutrición y estampillas para alimentos. Pídale más información sobre WIC a su médico o enfermera de maternidad. Usted puede llamar directamente a WIC al 1-888-942-2229 o 1-888-WIC-Baby.

Centros de Salud Aprobados por el Gobierno Federal (FQHCs)

Los FQHCs (Federally Qualified Health Centers) son centros de salud que reciben dinero del gobierno federal. Los FQHCs están ubicados en áreas que no cuentan con muchos *servicios de atención médica*. Como *miembro* de **Community Health Plan**, usted tiene derecho a recibir su atención médica en un FQHC que tenga contrato con **Community Health Plan**. Llame a **Community Health Plan** para informarse de los nombres y direcciones de los FQHCs que tienen contrato con **Community Health Plan**.

QUEJAS/RECLAMACIONES Y APELACIONES

Quejas/Apelaciones

Community Health Plan está interesado en resolver cualquier problema que pudiese tener con los servicios que recibe.

Le pedimos que primero hable con su médico y trabaje con su PCP para resolver su queja. Pero si no está satisfecho, siempre tiene la opción de escribir, visitar o llamar a **Community Health Plan** a la siguiente dirección. También puede presentar una queja en línea a través del sitio web de **Community Health Plan** en <http://chp.dhs.lacounty.gov>.

Community Health Plan
Servicios para los miembros
1000 S. Fremont Avenue
Building A-9 East, Second Floor, Unit 4
Alhambra, CA 91803-8859
Teléfono gratuito: 1-800-475-5550

Quejas no urgentes

Community Health Plan le enviará una carta de confirmación en un plazo de cinco (5) días calendario después de recibir su queja. Su queja será resuelta en un período de 30 días calendario después de que **Community Health Plan** la haya recibido.

Queja urgente

Una queja urgente puede presentarse cuando usted no está satisfecho con un servicio de atención de salud que ha recibido y siente que cualquier tardanza en la toma de decisiones puede llevar a una condición debilitante o que ponga en peligro la vida. Las quejas urgentes se resolverán en un plazo de tres (3) días calendario después de que **Community Health Plan** las reciba. **Community Health Plan** le enviará una carta de confirmación en un plazo de 24 horas después de recibir su queja.

Procedimientos para presentar una queja urgente

- **Community Health Plan** le avisará de inmediato sobre su derecho de comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, siglas en inglés) sobre su queja.
- **Community Health Plan** revisará su queja con rapidez cuando usted, su representante autorizado o el médico que le esté tratando nos dé aviso. Para avisarnos puede enviar un documento y/o hacer una llamada telefónica al Departamento de servicios para miembros.
- Las quejas urgentes se resolverán en un plazo de tres (3) días calendario después de que **Community Health Plan** las reciba.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

- Su condición médica se tendrá en cuenta al determinar el tiempo de respuesta.
- **Community Health Plan** le enviará una carta de confirmación en un plazo de 24 horas después de recibir su queja.
- No es necesario que usted participe en el proceso de presentación de quejas de **Community Health Plan** para poder solicitar una revisión de su queja urgente al Departamento de Atención Médica Administrada.

Si no está satisfecho con la resolución de su queja, puede apelar la decisión ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC).

Apelaciones ante el Departamento de Atención Médica Administrada

El Departamento de Cuidados Administrados de California (California Department of Managed Care) es responsable de la regulación de los planes de servicio de atención médica.

Si usted tiene una queja de su plan de salud, debe llamar primero a dicho plan de salud al (1-800-475-5550) y utilizar el proceso de quejas del plan antes de comunicarse con el departamento.

El uso del proceso de quejas no le impide recurrir a todos los derechos y soluciones legales de los que usted pueda disponer.

Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, si su plan de salud no ha resuelto su queja satisfactoriamente o si no se ha solucionado su queja en un plazo de más de 30 días, usted puede llamar al departamento para solicitar ayuda.

Asimismo, usted puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, dicho proceso brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tome su plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de tipo experimental o de investigación y pagos de disputas por servicios médicos de emergencia o urgencia. Tenga en cuenta que no es necesario que presente una queja ante **Community Health Plan** antes de solicitar una revisión médica independiente de una decisión de negar un tratamiento propuesto sobre la base de que es experimental o de investigación. El Departamento tiene también un número de teléfono sin cargo (1-888-HMO-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos o del lenguaje. El sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov> incluye formularios de queja, de solicitud de proceso de IMR e instrucciones en línea.

Revisión Médica Independiente

Revisión Médica Independiente (IMR, siglas en inglés)

La Revisión Médica Independiente (IMR) es otro proceso de apelaciones que usted puede utilizar si cree que **Community Health Plan** no le debería haber negado, cambiado o retrasado un servicio de atención médica. Tiene un plazo de (6) meses a partir de la fecha de la negación para solicitar una Revisión Médica Independiente. Usted debe utilizar el proceso de *recurso*/apelación de **Community Health Plan** antes de solicitar una RMI. En una situación urgente, usted debe solicitar una revisión ante el DMHC en un período más corto.

No se cobran tarifas para una RMI. Usted tiene derecho a proporcionar información que respalde la solicitud de revisión. Si cambia de parecer después de haber solicitado el proceso de Revisión Médica Independiente y decide no participar en el proceso, es posible que pierda todo derecho constitucional a emprender un proceso legal contra **Community Health Plan**.

La Revisión Médica Independiente se solicita ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Usted recibirá información sobre cómo solicitar una RMI con su carta de negación. Para comunicarse con el DMHC puede llamar gratis al **1-888-HMO-2219** ó al **1-888-466-2219**.

Cuándo solicitar una RMI

Puede solicitar un RMI si cumple con los siguientes requisitos:

1.
 - a) Su médico ha recomendado un servicio de atención médica clasificado como *médicamente necesario* y le fue negado; o bien
 - b) Ha recibido atención *urgente* o servicios de *emergencia* que un proveedor determinó como necesarios y se le negó el pago; o bien
 - c) Le ha atendido un médico de la *red* o un PCP para el *diagnóstico* o tratamiento de la condición médica (incluso si el servicio médico no ha sido recomendado por un *proveedor* de la red).
2. La *atención de salud en disputa* ha sido negada, cambiada o retrasada por **Community Health Plan**. Atención basada total o parcialmente en una decisión de que la atención de servicios de salud no es *médicamente necesaria*.
3. Usted ha presentado una *queja* ante **Community Health Plan** y el servicio sigue denegado, modificado, o retrasado, o la *queja* sigue sin resolver después de 30 días calendario.

La disputa será presentada a un especialista médico del DMHC si es *elegible* para una RMI. El especialista decidirá independientemente si el tratamiento propuesto pudiera resultar más beneficios que cualquier otra terapia estándar disponible. El DMHC le enviará una

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

copia de la decisión de la RMI. Si se decide que el servicio es *médicamente necesario*, **Community Health Plan** le proveerá el *servicio de atención médica*.

Si su queja requiere una revisión inmediata, no tendrá que participar en el proceso para presentar quejas de **Community Health Plan** por más de tres (3) días calendario.

Si existe un peligro inminente y grave para su salud mientras su información es revisada por una organización de revisión médica independiente (en un plazo de 24 horas tras la aprobación de la solicitud de revisión) es posible que el DMHC lo exima del requisito de seguir el proceso para presentar quejas de **Community Health Plan**.

CASOS NO URGENTES

La decisión de la Revisión Médica Independiente se tomará dentro de 30 días calendario. Los 30 días calendario se cuentan a partir que su solicitud y documentación fueron recibidas por DMHC.

CASOS URGENTES

Si su *queja es urgente* y requiere una revisión rápida (inmediata) puede ponerse en contacto con DMHC de inmediato. No se requiere que usted permanezca en el proceso de quejas de **Community Health Plan** por más de tres (3) días calendario.

La decisión urgente de la Revisión Médica Independiente se tomará dentro de tres (3) días calendario contados desde el momento en que se recibió su información. Entre las enfermedades *SMI* se incluyen, aunque no se limitan a éstas:

- Dolor intenso
- Pérdida en potencia de vida, extremidad o función corporal principal
- Deterioro inmediato y grave de su salud

Si se le niega un servicio médico, droga o aparato porque es de naturaleza *experimental o de investigación*, se le informará sobre:

- La decisión por escrito en un plazo de 5 días laborables a partir de la fecha de negación de la cobertura, y
- su derecho de pedir una Revisión Médica Independiente para terapia experimental o en investigación (IMR-EIT, siglas en inglés)

Revisión Médica Independiente para Terapia experimental o en investigación (IMR-EIT)

No se requiere que presente una queja ante **Community Health Plan** antes de solicitar una IMR-EIT a través del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Usted puede solicitar una IMR-EIT por medio del DMHC cuando un servicio médico, fármaco o equipo es negado debido a que es *experimental o está en investigación*. Usted tiene hasta 6 meses a partir de la fecha de negación para solicitar una RMI. Usted podrá proporcionar información al panel de la IMR-EIT. El panel de la IMR-EIT le dará una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario de cuando su solicitud fue recibida. Si su proveedor de atención

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

primaria determina que la terapia solicitada es mucho menos eficaz si no se inicia con prontitud, usted recibirá una decisión en un plazo de siete (7) días calendario a partir de la fecha de solicitud de revisión rápida. En casos urgentes el panel de la IMR-EIT le comunicará la decisión dentro de tres (3) días hábiles a partir de la fecha en que se recibió su información.

La Revisión Médica Independiente para terapia experimental o en investigación (IMR-EIT) se solicita ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Usted recibirá información sobre cómo solicitar una IMR-EIT con su carta de negación. Para comunicarse con el DMHC puede llamar gratis al 1-888-HMO-2219 ó al 1-888-466-2219.

Cuando presentar un IMR-EIT:

Puede hacerlo si cumple con todos los siguientes requisitos:

1. Tiene una condición grave (*que pone su vida en peligro o es muy debilitante*)
2. Su médico debe certificar que:
 - Los tratamientos estándar no fueron efectivos, o
 - Los tratamientos estándar no fueron apropiados médicamente, o
 - El tratamiento propuesto será el más eficaz.
3. Su médico certifica por escrito que:
 - Un fármaco, aparato, procedimiento u otra terapia que funcionará mejor que el tratamiento estándar; o
 - Usted o su médico pueden solicitar una terapia que basada en dos documentos médicos o científicos probablemente funcionen mejor que el tratamiento estándar.
4. Se le debe haber negado un medicamento, equipo, procedimiento u otra terapia solicitada por su médico.
5. El fármaco, aparato, procedimiento u otra terapia normalmente estará cubierto como un beneficio, pero CHP ha determinado que es de naturaleza experimental o esta en investigación.

La disputa será presentada a un especialista médico del DMHC si es *elegible* para una IMR-EIT. El especialista tomará la decisión si el tratamiento solicitado es o no más beneficioso que cualquier otra terapia estándar disponible. El DMHC le enviará una copia de la decisión de la IMR-EIT. Si se decide que el servicio es *médicamente necesario*, **Community Health Plan** le proveerá el *servicio de atención médica*.

Para más información sobre el proceso de IMR-EIT o para solicitar un formulario de solicitud, por favor, llame a **Community Health Plan**.

Arbitraje

1. Al inscribirse en **Community Health Plan**, todos los Miembros aceptan presentar toda y cualquier disputa y reclamación (incluyendo reclamaciones de mala práctica) entre el Miembro (o cualquier persona que presente una disputa o reclamación en nombre del miembro) y **Community Health Plan**, los proveedores médicos de CHP y/o PASC -

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

SEIU Homecare Workers Health Care Plan a arbitraje neutral con decisión obligatorio, en lugar de ser oídos ante una corte o jurado. Esto significa que tanto **Community Health Plan** como el miembro acuerdan renunciar a sus derechos a un juicio con jurado o de corte.

2. Los costos de arbitraje serán compartidos en partes iguales por el miembro y las partes (CHP, los proveedores médicos de CHP y/o PASC - SEIU Homecare Workers Health Care Plan) involucrados con el reclamo o disputa del miembro, a menos que el miembro no pueda pagar su parte de los costos de las tarifas de un árbitro neutral.
3. Todo proceso de arbitraje se llevará a cabo bajo las Normas Comerciales de la Asociación Americana de Arbitraje (American Arbitration Association). Se podrán obtener copias de las normas actuales y detalles de formato e información exigida para una demanda de arbitraje, escribiendo al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** a 1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4, Alhambra, CA 91803-8859, o llamando a Servicios para los miembros de **Community Health Plan** al 1 (800) 475-5550.

TERMINACIÓN DE BENEFICIOS

Terminación con causa

Usted (como Suscriptor) puede ser *dado de baja*, por PASC-SEIU, del Homecare Workers Healthcare Plan y se pueden terminar los beneficios si:

- Ya no está autorizado por PASC-SEIU a trabajar 80 o más horas por mes por dos meses consecutivos.
- Deja de pagar copagos, o deja de pagar cualquier otro cargo debido al Plan después de que se le hayan enviado avisos de pago.
- PASC-SEIU no paga la prima mensual a **Community Health Plan** en su nombre.
- Su comportamiento es abusivo o prejudicial al punto que amenaza la seguridad de los empleados, proveedores, miembros y/o pacientes
- Su comportamiento repetido afecta considerablemente la habilidad del Plan proporcionar o coordinar los servicios para usted u otros miembros o la habilidad de un proveedor de brindar servicios a otros pacientes.
- Comete fraude o falsificación en el uso del Plan o de los servicios de un proveedor o establecimiento del Plan o, a sabiendas, permite a otra persona dicho fraude o falsificación.
- Ya no está empleado por su empleador (un suscriptor o miembro que trabaje o viva dentro de la distancia definida por estatuto de la ubicación de un proveedor participante permanecerá elegible para beneficios de atención médica)

Será notificado por escrito de la fecha efectiva de su baja por lo menos con 15 días de anticipación antes la terminación de su cobertura por PASC-SEIU. Los beneficios cesarán a las 12:00 a.m. (medianoche) de dicha fecha efectiva.

Su médico de atención primaria (PCP) le ayudará a obtener cobertura alternativa para garantizar su atención continua si usted es dado de baja debido a la falta de pago de primas o de cargos periódicos mientras estuvo hospitalizado o mientras recibió tratamiento por una condición médica que aún exista.

Si usted cree que fue dado(a) de baja o no obtuvo renovación debido a su estado de salud o requerimientos de servicios de atención médica, usted podrá solicitar una revisión de dicha cancelación al miembro con la Comisión del Departamento de Cuidados de Salud Administrados (Commissioner of the Department of Managed Health Care).

Disposición de reestablecimiento

En caso en que el Plan reciba el pago apropiado después de su baja por falta de pago de la prima en la fecha en que se vence el próximo pago o antes, usted será reestablecido como si nunca se le hubiese dado de baja.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Si, usted cumple con los requisitos de elegibilidad para PASC-SEIU Homecare Workers Health Care Plan siendo autorizado a trabajar por 80 horas o más por mes por dos (2) meses consecutivos, se le notificará y se le dará oportunidad de volver a solicitar los beneficios pagados de atención de salud.

Si se acaba la cobertura, solo PASC-SEIU, podrá reestablecerla por las razones detalladas en esta sección. Para información adicional respecto al reestablecimiento, póngase en contacto con PASC-SEIU al 1-877-325-4644.

Cancelación de contrato del Plan

Si el condado termina el contrato de Plan con **Community Health Plan**, todos los beneficios provistos por el Plan a miembros cesarán a partir de las 12:00 a.m. (medianoche) de la fecha efectiva de terminación del contrato de Plan, y el Plan ya no tendrá responsabilidad por la atención de miembros que no estén hospitalizados en el momento de terminación del contrato.

En el caso de que, ya sea el condado o el Plan, termine el contrato de Plan, todo miembro que sea paciente registrado con cama en un hospital a la fecha efectiva de la terminación será financieramente responsable por todos los servicios provistos por el Plan a partir de la fecha de terminación. En casos de maternidad bajo atención hospitalaria con internación en la fecha efectiva de la terminación, el Plan continuará la atención obstétrica únicamente entre el confinamiento y el alta hospitalaria. Todos los demás beneficios del Plan que no sean los asociados a la hospitalización, cesarán a partir de la fecha efectiva de terminación del contrato del Plan. Usted será financieramente responsable por todos los servicios provistos a partir de dicha fecha efectiva de terminación.

CONTINUACIÓN Y CONVERSIÓN DE COBERTURA

Cobertura de COBRA

El *Personal Assistance Service Council (PASC)* está sujeto a las disposiciones de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). COBRA requiere que un empleador de veinte (20) o mas empleados proporcione la continuación de la cobertura del grupo cuando ocurren cierto eventos que de otro modo resultaría en la pérdida de la cobertura de grupo para un empleado y/o sus dependientes (Cobertura de COBRA).

Cómo funciona la cobertura COBRA

Community Health Plan (Plan) brinda cobertura COBRA para PASC bajo los términos del acuerdo entre el Plan y PASC – SEIU Homecare Workers Health Care Plan (contrato del Plan). Según el contrato del Plan, usted (o sus dependientes) pueden tener derecho a cobertura de COBRA, en el caso que su cobertura del plan (o la de sus dependientes inscritos) acaba debido a un “evento calificado”. Entre las enfermedades *SMI* se incluyen, aunque no se limitan a éstas:

- Su empleo termina por cualquier motivo, excepto por flagrante mala conducta.
- Sus horas son reducidas, resultando en la pérdida de elegibilidad de los beneficios médicos.
- Su muerte.
- Su divorcio o separación legal de su cónyuge.
- Su niño inscrito deja de calificar como dependiente.

Si califica, y oportunamente elige cobertura de COBRA, tendrá derecho a recibir la cobertura empezando en la fecha de la pérdida de la cobertura del Plan. Según el evento calificado, la cobertura de COBRA se extiende entre dieciocho (18) meses y treinta y seis (36) meses desde la fecha en que acabó la cobertura del Plan.

La cobertura de COBRA puede terminarse antes del término del periodo de continuación en el caso que ciertos eventos, que incluyen sin limitar:

- PASC deja de brindar cualquier plan de salud en grupo a cualquier empleado.
- Usted no paga la prima requerida dentro de treinta (30) días de la fecha en que vence la prima.
- Usted está cubierto por otro grupo de plan de salud que no excluye ni limita cobertura por una condición preexistente, condición que se aplica a usted.
- Usted ya no reside en el área de servicio.

Además, usted (o sus dependientes) puede no ser elegibles para cobertura COBRA si usted (o ellos) tienen otra cobertura al momento del evento calificado y por otros motivos. Puede obtener información completa sobre eventos calificados y terminantes de la

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

cobertura COBRA y requisitos de elegibilidad del Departamento de servicios para miembros.

Cómo obtener cobertura COBRA

PASC es responsable por proporcionarle la notificación de su derecho (y el derecho de sus dependientes) de recibir cobertura de COBRA. Para calificar para cobertura de COBRA, deberá notificarle al Plan por escrito (utilizando un método de entrega confiable) en sus oficinas ubicadas en 1000 S. Fremont Ave., Bldg. A-9E, Alhambra, CA 91803-8800 dentro de sesenta (60) días seguidos de la fecha del “evento calificado”, la fecha en que le notificaron de la habilidad de continuar cobertura bajo COBRA, o la fecha en que acabe la cobertura del Plan. El Plan le dará información respecto a la cobertura de COBRA dentro de 14 días de recibo de dicha notificación. Después de recibir la información del Plan, tendrá sesenta (60) días en que podrá notificar al Plan a la dirección de su oficina mencionada arriba sobre su decisión de comprar la cobertura de COBRA.

Si el plan del contrato termina antes de la fecha en que acaba la cobertura de COBRA, usted puede elegir cobertura de COBRA por el resto del periodo de continuación bajo el subsiguiente plan de beneficios de grupo, si lo hubiese. La cobertura de continuación finalizará si el miembro deja de cumplir los requerimientos relativos a la inscripción en el plan nuevo y pago de primas al mismo dentro de los 30 días de haber recibido notificación de la terminación del plan de beneficios de grupo anterior.

Costo del miembro por la cobertura COBRA

Para cobertura inicial de COBRA, se le puede cobrar el costo total de la cobertura del Plan, además del dos por ciento (2%) de tarifas administrativas. El Plan le dará el monto exacto de prima después de recibir su notificación de su elección de cobertura de COBRA. Usted debe efectuar pagos para cobertura de COBRA mensualmente. El primer pago cubre el período desde la fecha en que finaliza la cobertura hasta la fecha en que usted opte por cobertura de COBRA, y su vencimiento es dentro de los 45 días a partir de la fecha en que usted provea notificación por escrito al Plan. No presentar el monto correcto de la prima dentro de los cuarenta y cinco (45) días lo descalificará de la cobertura de COBRA.

Cobertura de Cal-COBRA

La Ley de reemplazo de la continuación de beneficios de California (Cal-COBRA) requiere que empleador con diecinueve (19) o menos empleados proporcione la continuación de una cobertura de grupo cuando ocurran ciertos eventos que de otro modo resultaría en la pérdida de la cobertura de grupo de sus empleados y/o dependientes.

En general, PASC no está sujeta a las disposiciones de Cal-COBRA porque está sujeta a COBRA. Sin embargo, una disposición de Cal-COBRA se aplica a PASC. Esta disposición requiere que PASC proporcione continuación de cobertura adicional de grupo a ciertos

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

empleados y sus dependientes que han terminado con su cobertura de COBRA. El Plan brinda esta cobertura adicional para PASC de acuerdo a los términos del contrato del plan.

Usted y/o sus dependientes pueden ser elegibles para esta cobertura adicional si usted (o ellos) tienen derecho a menos de treinta y seis (36) meses de cobertura de COBRA, y escogieron y agotaron esa cobertura. Si es elegible y oportunamente escoge cobertura de Cal-COBRA, usted y/o sus dependientes recibirán cobertura bajo Cal-COBRA por el número adicional de meses necesarios para proporcionarle a usted el total de treinta y seis (36) meses de continuación de cobertura de grupo desde la fecha que se inició su cobertura de COBRA o después de la fecha.

Usted (y/o sus dependientes) no serán elegibles para la continuación de cobertura bajo Cal-COBRA bajo ciertas circunstancias. Entre las circunstancias se incluyen, aunque no se limitan a éstas:

- Terminación del plan de contrato.
- Usted es elegible para los beneficios de Medicare.
- No reside permanentemente en el área de servicio.

Además, la cobertura continuada, bajo Cal-COBRA puede terminarse antes del término del periodo extendido de cobertura bajo ciertas circunstancias. Entre las circunstancias se incluyen, aunque no se limitan a éstas:

- Su falta de pago de primas o terminación voluntaria de cobertura.
- Usted es elegible para cobertura por otro plan de beneficios de salud que no excluye cobertura de una condición preexistente que se aplica a usted.
- El plan del contrato acaba.
- Es elegible para recibir los beneficios de Medicare.

El índice de su cobertura de Cal-COBRA puede ser tan alto como un ciento diez por ciento (110%) de su tarifa de cobertura de COBRA. El Plan le notificará de los términos y condiciones de la cobertura de Cal-COBRA, y de la prima exacta de dicha cobertura, en su notificación de la inminente terminación de su cobertura de COBRA.

Extensión de la continuación de cobertura

Usted, su cónyuge y su ex cónyuge pueden tener derecho a la extensión de la cobertura de COBRA/Cal-COBRA bajo ciertas circunstancias. Si al momento de terminación de empleo o reducción en horas, o en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de cobertura de COBRA, se determina que usted está discapacitado para fines del Seguro Social, y cumple con ciertos otros criterios, usted puede tener derecho a cobertura de COBRA/Cal-COBRA hasta por treinta y seis (36) meses después del evento original calificado. Asimismo, si usted tiene por lo menos sesenta (60) años cuando dejó de trabajar para PASC, y trabajó para PASC por lo menos los cinco (5) años que precedieron de

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

inmediato a su último día de trabajo, y eligió cobertura de COBRA, entonces puede tener derecho hasta cinco (5) años adicionales de Cobertura de COBRA/Cal-COBRA.

La cobertura extendida de COBRA/Cal-COBRA puede terminarse antes del término del periodo de extensión cuando ocurran ciertos eventos. Puede obtener información completa de los eventos calificados y terminantes de cobertura extendida de COBRA/Cal-COBRA del Departamento de servicios para miembros.

Para extender la cobertura de COBRA/Cal-COBRA, deberá notificar al Plan por escrito con treinta (30) días calendario de anticipación de la fecha de la cobertura inicial COBRA/Cal-COBRA está programada para acabar. Puede obtener información completa sobre la elegibilidad para, y los términos y condiciones, extensiones de cobertura de COBRA durante total discapacidad y después de los sesenta (60) años del Departamento de servicios para miembros.

Las primas de extensión de cobertura de COBRA/Cal-COBRA durante la discapacidad total o después de los sesenta (60) serán más altos que las primas pagaderas durante la cobertura inicial COBRA/Cal-COBRA. Este Plan le dará la información detallada sobre los montos de las primas después de que el Plan reciba toda la información requerida por el Plan para la extensión de la cobertura de COBRA/Cal-COBRA.

Cobertura de conversión

Cuando acaba la cobertura de su Plan, incluyendo cobertura de COBRA y Cal-COBRA (si lo hubiese), usted puede ser elegible para cobertura individual sin necesidad de proporcionar al Plan de evidencia de asegurabilidad (cobertura de conversión). Usted no es elegible para cobertura de conversión si su cobertura bajo el Plan del contrato (incluyendo cobertura de COBRA/Cal-COBRA) terminaron debido a:

- El contrato del Plan terminó pero fue reemplazado oportunamente por cobertura similar bajo otro contrato de grupo.
- No pagó los montos que se deben al Plan.
- Usted fue *dado de baja* por el Plan de acuerdo a las disposiciones del contrato del Plan.
- Usted está cubierto o es elegible por cualquier arreglo para cobertura de individuos en un grupo.
- Usted es elegible para los beneficios de Medicare.
- Está cubierto para beneficios similares bajo un plan de salud individual.
- Usted no estuvo cubierto bajo el Plan durante los tres (3) meses consecutivos inmediatamente previos a la terminación de la cobertura del Plan.

PASC es responsable de notificarle de su disponibilidad, términos y condiciones, y las opciones par la cobertura de conversión dentro de quince (15) días de la fecha de terminación de su cobertura del plan.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Para obtener cobertura de conversión, debe presentar una solicitud por escrito y el pago de la primera prima al plan dentro de sesenta y tres (63) días de la fecha de terminación de su cobertura del plan. La fecha efectiva de su cobertura de conversión será el día después de la fecha de terminación de su cobertura del plan.

Término de empleo de un miembro de 60 años o más

Usted (como miembro), su cónyuge y ex cónyuge son elegibles para continuación extendida de cobertura más allá de la fecha en que acaba la cobertura de COBRA/Cal-COBRA, si usted (como miembro) ha trabajado a tiempo completo para PASC por lo menos cinco (5) años previos a la fecha de término del empleo, y usted (como miembro) tiene 60 años de edad o más en la fecha en que terminó el empleo.

Esta continuación extendida de cobertura acabará automáticamente cuando ocurran ciertas circunstancias. Entre las circunstancias se incluyen, aunque no se limitan a éstas:

- Cumple 65 años de edad.
- Es elegible para recibir los beneficios de Medicare.
- Su falta de pago de primas o terminación voluntaria de cobertura.
- Usted es elegible para cobertura por otro plan de beneficios de salud que no excluye cobertura de una condición preexistente que se aplica a usted.
- El plan del contrato acaba.
- Para el cónyuge o ex cónyuge, cinco (5) años de la fecha en que continuación de cobertura bajo COBRA/Cal-COBRA fue programada para acabar para el cónyuge o ex cónyuge.
- Además, la cobertura continuada, bajo Cal-COBRA puede terminarse antes del término del periodo extendido de cobertura bajo ciertas circunstancias.

Para extender la cobertura de continuación, deberá notificar al Plan por escrito 30 días calendarios previos a la fecha de cobertura en que COBRA/Cal COBRA está programada a acabar.

MÁS INFORMACIÓN: ¿QUÉ MÁS NECESITO SABER?

Si usted se muda

Si usted se muda, es importante que llame a las siguientes personas:

- Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan**.

Usted debe actualizar sus datos (dirección y número de teléfono). Esto le permite a **Community Health Plan** enviarle su tarjeta de identificación e información importante sobre sus *beneficios* de atención médica.

Si recibe una factura

Community Health Plan paga todos los costos médicos cubiertos aprobados por su *PCP* o para una emergencia. Usted no debe recibir ninguna factura por servicios cubiertos por **Community Health Plan**. Por favor, llame a **Community Health Plan** si usted recibe una factura por servicios médicos.

Si usted tiene otro seguro

Si usted tiene otro seguro de salud además de **Community Health Plan**, es importante que nos lo haga saber. Si usted tiene cobertura de más de un plan de salud de grupo o cobertura de seguro de grupo, **Community Health Plan** coordinará los beneficios con el otro plan. Por favor, llame a **Community Health Plan** si tiene dudas. Enviaremos todas las facturas al lugar correcto para su pago.

Cómo se le paga al proveedor

Los *proveedores* de atención médica son pagados de la siguiente manera única:

- *Capitación* - una tarifa fija por *miembro* que se paga mensualmente

Por favor, llame a **Community Health Plan** si desea conocer más sobre cómo se le paga a su médico, o sobre incentivos financieros o bonificaciones.

Declaración afirmativa sobre los incentivos

Para asegurar que todos los miembros de **Community Health Plan** reciban la atención médica más apropiada disponible, tenemos un equipo de personas que revisan ciertos tratamientos, análisis u hospitalizaciones en un proceso llamado Administración de Utilización (UM). Queremos que todos los empleados UM contraten a médicos y

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

personal administrativo que tratan con las actividades de administración de utilización firmen una declaración afirmativa que reconoce lo siguiente:

- La decisión de administración de utilización se basa solo en lo apropiado de la atención y el servicio de la existencia de cobertura.
- CHP no recompensa directa ni indirectamente a los proveedores ni a otros individuos por emitir negativas de cobertura, servicio o atención.
- CHP no provee incentivos económicos ni compensación a las personas que toman las decisiones de administración de utilización para fomentar el bajo uso de servicios.

Si tiene preguntas respecto a la Declaración afirmativa sobre los incentivos, llame a Servicios para miembros de **Community Health Plan** al **1-800-475-5550**.

Tecnología nueva

Community Health Plan sigue los cambios y avances en la atención de salud. Estudiamos nuevos tratamientos, medicinas, procedimientos y aparatos. Llamamos a todo esto la “tecnología nueva”. Revisamos informes científicos e información del gobierno y especialistas médicas. Luego decidimos si cubriremos la tecnología nueva. Los miembros y proveedores pueden pedirle a **Community Health Plan** que revisen tecnología nueva. Si está descontento con la decisión del plan sobre la tecnología nueva puede presentar una queja (también conocida como reclamo). Sírvase consultar la **Sección Quejas/Reclamaciones y Apelaciones** en la página 39. El Departamento de Cuidado de Salud Administrado (DMHC) es responsable por la regulación de los planes de servicios de atención médica. Asimismo, usted puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, dicho proceso brindará una revisión imparcial de las decisiones médicas que tome su plan de salud con respecto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos de tipo experimental o de investigación y pagos de disputas por servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento tiene también un número de teléfono sin cargo (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con impedimentos auditivos o del lenguaje. El sitio web del departamento, <http://www.hmohelp.ca.gov>, incluye formularios de queja, de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Donación de órganos

Se necesitan donadores de órganos en los Estados Unidos. Usted puede acordar donar sus órganos al fallecer. El California Department of Motor Vehicles (DMV) le dará una tarjeta de donador si usted desea ser donador de órganos o tejidos. El DMV también le dará una calcomanía de donador para que coloque en su registro de conductor o tarjeta de identificación.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al **1-800-475-5550**

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

¿Qué es una directiva anticipada?

Una directiva anticipada le permite escoger una persona que realice sus opciones de atención médica por usted cuando usted no sea capaz de hacerlo. Por ejemplo, si usted está en coma. Una directiva anticipada debe ser firmada mientras usted sea capaz de tomar sus propias decisiones. Pregúntele a su *PCP* o llame a **Community Health Plan** para obtener más información sobre directivas anticipadas.

Compensación a los trabajadores

Community Health Plan no pagará por lesiones relacionadas con el trabajo cubiertas por la compensación a los trabajadores. **Community Health Plan** proporcionará servicios de atención de salud que necesita mientras existen preguntas sobre una lesión relacionada con el trabajo. Antes que **Community Health Plan** haga esto, usted debe acordar darle a **Community Health Plan** toda la información y documentos necesitados para recuperar costos por cualquier servicios proporcionados.

Ley gobernante

La cobertura de **Community Health Plan** está sujeta a las exigencias de la Ley Knox-Keene de California, Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California, y a las normas establecidas en los Subcapítulos 5.5 y 5.8 del Capítulo 3 del Título 28 del Código Administrativo de California. Toda disposición, cuya inclusión en este programa de beneficios la exija la Ley Knox-Keene o los reglamentos, será obligatoria para **Community Health Plan** aunque no esté incluida en esta Evidencia de Cobertura o en el acuerdo de servicio de grupo.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS Y COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Responsabilidad de terceros

Si usted sufre una lesión a través de un acto u omisión de otra persona (el “tercero”), **Community Health Plan** proveerá los beneficios bajo **Community Health Plan** con respecto a servicios requeridos como resultado de dicha lesión, sólo bajo la condición de que el miembro:

- Acepte por escrito, inmediatamente al recibir indemnización por daños, ya sea por acción de ley, arreglo, o de cualquier otra forma, reembolsar a **Community Health Plan**, el total de los costos efectivamente pagados por **Community Health Plan**, grupo médico o asociación de práctica independiente por servicios de atención médica no provistos con base en capitación o

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

- Por servicios de atención médica provistos con base en capitación, reembolsar a **Community Health Plan** el 80% de los cargos usuales y de costumbre para los mismos servicios prestados por proveedores médicos que prestan servicios de atención médica con base no capitada.

Coordinación de beneficios

Si usted tiene cobertura de más de un plan de salud de grupo o cobertura de seguro de grupo, **Community Health Plan** coordinará los beneficios con el otro plan. Si otra aseguradora que lo(a) cubre bajo un plan de salud de grupo es la principal, entonces **Community Health Plan** o los proveedores de **Community Health Plan** procurarán compensación de dicha aseguradora por beneficios provistos bajo la cobertura de **Community Health Plan**. Usted recibirá todos los beneficios a los que tenga derecho bajo este Plan, pero no más que dichos beneficios. Esta coordinación de beneficios será realizada por **Community Health Plan** de acuerdo con las normas del Departamento de Cuidados de Salud Administrados de California.

Al coordinar beneficios, **Community Health Plan** determina cuál es la aseguradora principal de la siguiente forma:

- Si usted es el suscriptor, entonces la cobertura que usted obtenga a través de su empleo es la principal.

Nota: aunque usted tenga otra cobertura, los beneficios sólo serán cubiertos bajo **Community Health Plan** si son provistos por proveedores de **Community Health Plan** y autorizados de acuerdo con las normas de **Community Health Plan**.

PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

Muchas de las políticas de **Community Health Plan** son decididas por SDHCS, siglas en inglés. Otras políticas son establecidas por **Community Health Plan** y *miembros* como usted.

Reuniones de la junta directiva

La junta directiva decide políticas para **Community Health Plan**.

Comunicación de cambios en la póliza

Usted recibirá información sobre todo cambio de política que afecte su atención médica. Será incluida en el boletín informativo del miembro o en envíos especiales por correo.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de **Community Health Plan** al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

OTROS SERVICIOS

Si usted necesita consejo médico, o cree que necesita atención médica después del horario normal de clínica o en fines de semana o días feriados, usted puede llamar al Servicio de consejo médico del Plan y hablar con el médico o enfermero(a) del Plan que esté de guardia. Ellos le dirán cómo tratar de su problema médico en casa, o lo(a) enviarán a una sala de emergencias. El número de teléfono para llamadas después de horas hábiles es **1 (800) 475-5550**.

GLOSARIO

Este glosario puede ser utilizado para comprender palabras y términos utilizados en este Manual del Miembro. Por favor, llame a **Community Health Plan** si tiene dudas sobre las palabras que figuran en el glosario o no logra encontrar una palabra.

Agudo es un término utilizado para una condición grave y repentina de corta duración. No *crónico*. Ejemplos incluyen ataque al corazón, neumonía o apendicitis.

Profesional(es) de la salud calificado(s) adecuadamente es un profesional habilitado para practicar la medicina. El médico también cuenta con la capacitación y competencia para tratar la condición médica específica de la persona. Al solicitar una segunda opinión o derivación permanente, el *miembro* será derivado a este médico (*PCP* o especialista).

Autorizar/Autorización es cuando un plan de salud aprueba el tratamiento para *servicios de atención médica*. Los *miembros* deben pagar por todo tratamiento no aprobado.

Beneficios son los *servicios de atención de salud*, suministros, fármacos y equipo que son *médicamente necesarios*.

Crónico es un término utilizado para una condición de largo plazo y continua. No *aguda*. Ejemplos incluyen diabetes, asma, alergias e hipertensión.

Ensayo Clínico es un estudio de investigación con pacientes de cáncer, para descubrir si un tratamiento o medicamento nuevo es seguro y funciona con el tipo de cáncer que usted tiene.

Continuación de cobertura es cobertura continuada de grupo por el Plan para miembros, dependientes, y ex cónyuges más allá del punto en el que la cobertura del grupo puede ser terminada de otra manera.

Cobertura de conversión ocurre cuando termina la cobertura del Plan, incluyendo cualquier cobertura de COBRA y Cal-COBRA (si corresponde), el suscrito puede ser elegible para cobertura individual sin necesidad de proveer al Plan con la evidencia de asegurabilidad

Cirugía cosmética significa cirugía realizada para alterar o dar nueva forma a estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar su aspecto.

Curativo es tener capacidad de curar o sanar.

Diagnóstico/Diagnosis es cuando un médico identifica una condición, enfermedad o mal.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Discapacidad/Discapacitado/Discapacitante es un problema físico o mental que limita totalmente o gravemente una o más actividades principales de la vida.

Baja/Inscripción es cuando el *miembro* deja/se une a un plan de salud.

Elegible/elegibilidad significa que la persona cumple ciertos requisitos para recibir *beneficios* de In-Home Support Services de programas tales como *Medi-Cal*, California Children Services (CCS) y Child Health Disability Program (CHDP).

Condición médica de emergencia es una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) tales que podría suponerse, de forma razonable, que la ausencia de atención médica inmediata podría tener como consecuencia riesgo grave a la salud del paciente o a su hijo nonato, deficiencia grave de funciones corporales, o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esto incluye disturbios psiquiátricos y síntomas de abuso de sustancias.

Servicios de emergencia es atención de emergencia las veinticuatro horas que incluye pruebas de detección médica, exámenes, evaluación y tratamiento para una condición médica de emergencia o trabajo de parto activo. Los servicios de emergencia también incluyen atención para una condición psiquiátrica de emergencia.

De naturaleza experimental o de investigación es tratamiento médico nuevo, aún bajo prueba, y que no se haya comprobado que trate una condición.

Servicios de planificación familiar ayudan a las personas a aprender cómo planear el número de hijos que desean y el espacio que desean entre los mismos, a través del uso de control de la natalidad.

Queja/reclamación es el proceso utilizado cuando un *miembro* no está satisfecho con su atención médica. Las quejas/*reclamaciones* son sobre servicios de atención recibida o no recibida.

Los **servicios de atención médica** incluyen algunos de los siguientes:

- Servicios médicos (incluyen visitas individuales a un médico y referencias)
- Servicios de emergencia (incluyen ambulancia y cobertura fuera del área)
- Servicios de salud en el hogar
- Servicios de *hospital con internación y ambulatorios*
- Servicios de laboratorio
- Servicios de *farmacia*
- Servicios de salud preventiva
- Servicios de radiología

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Atención para enfermos terminales es el cuidado y los servicios provistos en una residencia o establecimiento para aliviar el dolor y brindar apoyo a personas que hayan recibido un *diagnóstico* de enfermedad terminal.

El **hospital** provee atención *con internación* y *ambulatoria* provista por médicos y enfermeros(as).

Encarcelamiento es cuando se coloca a una persona en la cárcel, prisión o institución mental por largo plazo.

Esterilidad es cuando una persona no puede concebir y producir hijos después de mantener relaciones sexuales sin protección y con regularidad durante más de 12 meses.

Internación es cuando se admite a una persona (se queda a dormir) a un *hospital* u otro establecimiento de atención médica.

Involuntario/Voluntario es cuando se hace algo sin opción propia.

Responsable/Responsabilidad es la responsabilidad de una parte o persona de acuerdo con la ley.

Medi-Cal es un programa de cobertura de salud estatal y federal para familias de bajos ingresos.

Grupo médico es un grupo de *PCPs*, especialistas y otros *proveedores* de atención médica que trabajan juntos.

Medicamento necesarios/Necesidad médica son los servicios provistos para tratar una enfermedad o lesión de acuerdo con normas de práctica médica establecidas y aceptadas.

Suscriptor/Miembro es una persona que ha ingresado a un plan de salud.

Departamento de servicios para miembros es el departamento del plan de salud que ayuda a los *miembros* con sus preguntas y preocupaciones.

Salud mental es el *diagnóstico* o tratamiento de una enfermedad mental o emocional.

Red es un equipo de *proveedores* de atención médicos con contrato con el plan de salud para proveer servicios. Los *proveedores* de atención médica pueden tener contrato directamente con el plan de salud o a través de un *grupo médico*.

La **terapia ocupacional** se usa para mejorar y mantener las habilidades de la vida diaria del paciente en caso de discapacidad.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Ortótico es un dispositivo utilizado para sostener, alinear, corregir o mejorar la función de partes móviles del cuerpo.

Ambulatorio es el tratamiento médico en un *hospital* o clínica, sin pasar la noche.

PASC - SEIU Homecare Worker Health Care Plan se refiere al acuerdo entre Personal Assistance Services Council (PASC) y Service Employees International Union (SEIU) para proveer a Trabajadores de Cuidados en el Hogar elegibles e inscriptos, beneficios de atención médica que este manual describe.

Farmacia es un lugar donde se obtienen medicamentos bajo receta.

La **terapia física** utiliza el ejercicio para mejorar y mantener la capacidad de funcionamiento del paciente después de una enfermedad o lesión.

Médico es un doctor.

Receta es una orden escrita dada por un *proveedor* habilitado para medicamentos y equipos.

El **médico de atención primaria (PCP)** es un médico personal. El *PCP* se ocupa de necesidades de atención médica y trabaja con los *miembros* para que se mantengan saludables. El *PCP* también realiza derivaciones a especialistas cuando son *médicamente necesarias*.

Prótesis es un dispositivo artificial utilizado para el reemplazo de una parte faltante del cuerpo.

Los **Proveedores** tienen contrato con un plan de salud para proveer *servicios de atención médica* cubiertos. Entre los ejemplos se incluyen:

- Médicos
- *Hospitales*
- *Establecimientos de enfermería especializada*
- Agencias de salud en el hogar
- *Farmacias*
- Laboratorios
- Establecimientos de radiología
- Proveedores de equipos médicos durables

Directorio de proveedores es una lista de *proveedores* con contrato con un plan de salud para *servicios de atención médica* cubiertos. La lista incluye *PCPs, hospitales, establecimientos de enfermería especializada, atención de urgencia, farmacias y proveedores de atención de la vista*.

¿Preguntas Llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550

Las palabras en letra itálica se encuentran al final de la evidencia de cobertura.

Manual para los Miembros de IHSS /Año de beneficio 2008-2009

Establecimiento de enfermería especializada es un establecimiento habilitado para proveer servicios médicos para condiciones no *agudas*.

La **terapia del habla** se usa para tratar problemas del habla.

Los servicios requeridos urgentemente son aquellos servicios necesarios para evitar un deterioro grave de la salud de un miembro, que resulta de una enfermedad, lesión o complicación imprevista debida a una condición existente, incluido el embarazo, para la cual no puede retrasarse el tratamiento hasta que el miembro regrese al área de servicio del plan.

NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

Servicios de Discapacidad

Coordinador del American Disabilities Act (916) 324-4695
Deficientes auditivos/California Relay Service (TTY) 1-800-735-2929

Servicios para niños

California Children Services (CCS) 1-800-288-4584
Child Health and Disability Prevention (CHDP) (323) 890-7941

Servicios del Estado de California

Department of Health Care Services (DHCS) (916) 445-4171
Oficina del Ombudsman del SDHS 1-888-452-8609
Departamento de Servicios Sociales 1-800-952-5253
Departamento de Cuidado de la Salud Administrado (DMHC) 1-888-466-2219
(1-888-HMO-2219)
Supplemental Social Income (SSI) 1-800-772-1213

PASC - SEIU

1-877-325-4644

Servicios del Condado de Los Angeles

Departamento de Servicios Públicos y Sociales (DPSS) 1-888-678-4477
Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Angeles (213) 250-8055
Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles 1-800-854-7771
Programa para mujeres, bebés y niños (WIC Program) 1-888-942-2229
1-888-WIC-Baby

Community Health Plan
1000 South Fremont Avenue
Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4
Alhambra, CA 91803-8859
1 (800) 475-5550
1 (626) 299-7258 o 7259
Servicio TDD: 1 (800) 353-7988
<http://chp.dhs.lacounty.gov>

EN ESTA SECCIÓN:

- Pautas de atención preventiva para adultos
- Boletín - Su salud nos interesa

Pautas de atención preventiva para adultos en 2009

Siga los plazos indicados abajo.
Obtenga las pruebas de detección indicadas en el momento correcto.

Coma saludable * No fume
*** Manténgase activo * Hágase los chequeos**

Edades	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65+	
EXAMEN DE RUTINA											
Revisión de rutina	Primer examen dentro de los 4 meses de su inscripción. Después pregúntele a su médico.									»	
Vista y oído	Haga que lo revisen con más frecuencia a medida que va aumentando de edad.									»	
Tuberculosis (TB)	Hombres y mujeres en riesgo.									»	
SALUD DEL CORAZÓN											
Presión arterial	Cada 2 años. Con más frecuencia si tiene la presión alta.									»	
Colesterol	Hombres en riesgo			Hombres						»	
	Mujeres en riesgo					Mujeres				»	
Diabetes	Hombres y mujeres en riesgo.									»	
DETECCIÓN DEL CÁNCER											
Cáncer al seno						Mujeres cada 1 a 2 años				»	
Cáncer cervical	Mujeres por lo menos cada 3 años.										
Cáncer colorectal							Hombres y mujeres				
Cáncer a la próstata						Hombres	- Pregúntele a su médico.			»	
INMUNIZACIONES											
Gripe	Hombres y mujeres en riesgo.						Cada año			»	
Neumonía										Una vez	
Herpes zoster									Una vez		
Virus del papiloma humano (si no la han vacunado)	Mujeres										
Tétano, difteria, tos ferina	Una vacuna cada 10 años.										
SALUD FEMENINA											
Detección de clamidia	Mujeres	Mujeres en riesgo									
Osteoporosis								Mujeres	»		
Vitaminas con ácido fólico (previene defectos de nacimiento)	Si está en edad de concebir.										
Suplementos de calcio	Si su médico se lo aconseja.										
Menopausia y hormonas terapia de reemplazo					Pregúntele a su médico.						
OTRO											
Aneurisma aórtico abdominal										Hombres en riesgo	

Clave: ■ Recomendado

■ Si está en riesgo (En riesgo significa que tiene más posibilidades que otros de enfermarse.)

Se ofrece orientación en muchos temas según la necesidad. Hable con su médico.

- Ejercicio
- Salud oral
- Comportamientos sexuales
- Uso de medicamentos
- Prevención de lesiones
- Salud mental (depresión)
- Accidente cerebrovascular y arteriopatía coronaria
- Nutrición (Si tiene colesterol alto y está en riesgo de enfermedad cardíaca y diabetes)



Community Health Plan

LOS ANGELES COUNTY

¡Su salud nos interesa!

Community Health Plan (CHP) tiene nuevos programas para nuestros miembros. Los programas lo ayudarán a saber más sobre su salud y a mantenerla. ¡Afíliese! Goce de buena salud, ¡empiece hoy!

EN ESTE NÚMERO:

2

Línea de ayuda del personal de enfermería y del Personal Health Advisor (asesor personal de salud)

3

Administración de casos

3

Manejo de enfermedades

4

Administración de casos complejos



Reciba la atención adecuada, en el lugar correcto, y el momento oportuno - Línea de ayuda del personal de enfermería y del Personal Health Advisor (asesor personal de salud) -



¿Sabe qué hacer si usted o un familiar están enfermos o lastimados? Reciba ayuda. Llame al Personal Health Advisor.

¿Qué es la línea de ayuda del personal de enfermería y del Personal Health Advisor?

Este servicio le permite hablar con una enfermera registrada. La enfermera responderá a sus preguntas y le ayudará a tomar buenas alternativas del cuidado de su salud. Este servicio telefónico está abierto para todos los miembros de CHP.

Llame en cualquier momento en que necesite ayuda con una inquietud de salud.

¿Cómo obtengo acceso al Personal Health Advisor?

Llame al 1-800-475-5550. La línea está abierta las 24 horas, los 7 días de la semana.

¿Cuáles son los beneficios de usar al Personal Health Advisor?

- Línea telefónica abierta las 24 horas, 7 días a la semana sin costo
- Evita tiempo y viajes innecesarios

¿Qué sucederá cuando llame?

- La enfermera le hará algunas preguntas.
- Le ayudará a decidir si necesita ver al médico de inmediato.
- Le puede decir lo que puede hacer en su casa para sentirse mejor.
- La enfermera se asegurará que usted y su familia obtengan el mejor cuidado que necesitan.

¿Tengo que llamar por teléfono antes de ir a la sala de emergencia?

No. No necesita llamar antes de acudir para recibir atención. Pero si podría ahorrarle el viaje a la sala de emergencia si no lo necesita.

¿Puede un familiar llamar a pedir información o tiene hacerlo usted?

Un familiar puede llamar por usted. Pero debe conocer bien su información de miembro y su condición médica.

**Personal Health Advisor
Nurse Advice Line**

1-800-475-5550

24 horas al día y 7 días a la semana

Administración de casos en Community Health Plan

La administración de casos en CHP está disponible para usted:

- En su lugar de atención de salud o en CHP si tiene problemas crónicos de salud
- Cuando no sabe cómo obtener acceso a la atención y a los servicios
- Durante un evento importante o diagnóstico de salud
- Cuando necesita ayuda o desea informarse sobre su problema de salud

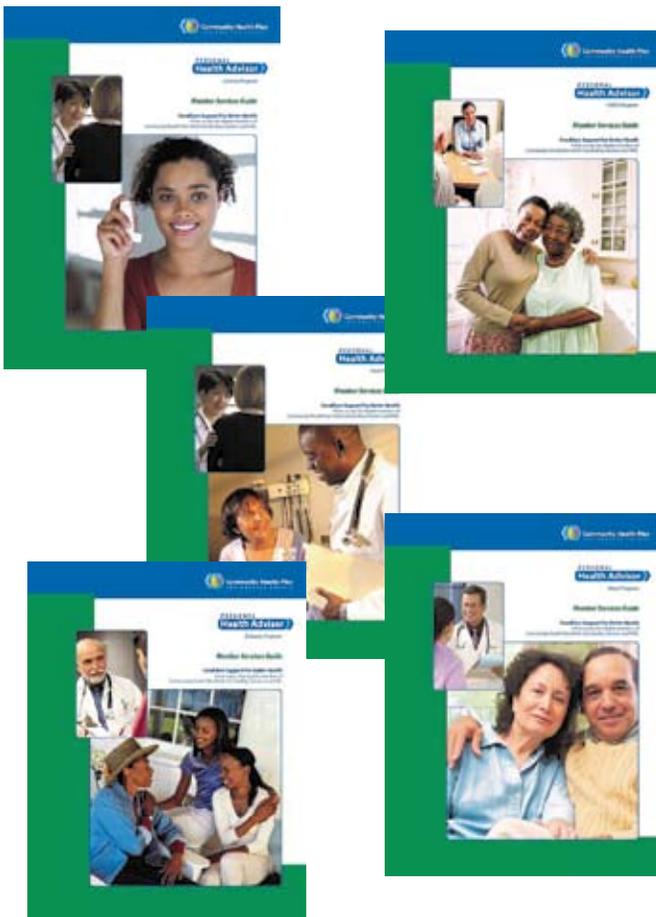
¿Qué hacen los administradores de casos en su lugar de atención de salud?

- Evalúan sus necesidades de salud
- Ayudan a que usted obtenga el cuidado que puede necesitar
- Colaboran con el planificador de su alta después de su hospitalización
- Lo ayudan a que programe sus consultas especializadas



¿Qué hace un administrador de casos de CHP?

- Apoyan a los administradores de casos en su lugar de atención de salud para que obtenga los servicios
- Lo remite para que reciba atención especializada que no se ofrece en su red local
- Colaboran con el proveedor de atención primaria cuando usted necesita cuidados fuera de su área local



Administración focalizada de casos

MANEJO DE ENFERMEDADES

Es un servicio que se ofrece a nuestros miembros sin costos adicionales. Un equipo de personal de enfermería capacitado brinda educación de salud para cumplir con sus necesidades. Asimismo le ayudan a tomar un papel activo en seguir la trayectoria de su problema de salud.

CHP ofrece programas para el manejo de enfermedades para problemas de salud crónicos que se detallan a continuación:

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Arteriopatía coronaria
- Diabetes
- Falla cardíaca

Administración de casos complejos

MANEJO DE ENFERMEDADES (continuación...)

¿A qué se dedican las enfermeras que manejan enfermedades?

- Le preguntan sobre sus problemas de salud y le ayudan a establecer metas
- Hacen llamadas telefónicas y lo ayudan a aprender más sobre sus problemas de salud
- Colaboran estrechamente con usted o la persona encargada de su cuidado, y proveedores de salud para llevar a cabo el plan de tratamiento elaborado especialmente para usted
- Proporcionan panfletos y folletos fáciles de leer
- Alertan a su proveedor y administrador del caso en su lugar de atención de salud en un esfuerzo



ADMINISTRACIÓN DE CASOS COMPLEJOS

¿Qué hace un administrador de casos complejos?

Queremos que usted recupere su buena salud. Este programa se ofrece a aquellos que padecen de más de un problema crónico de salud.

Los administradores de casos complejos:

- Evalúan su salud
- Identifican los problemas y le ayudan a establecer metas para manejar su salud

- Enfrentan un evento importante o diagnóstico de salud
- Le ayudan a ubicar recursos en la comunidad
- Le ayudan a ubicar la atención apropiada y el servicio que usted necesita
- Realizan visitas a domicilio según la necesidad

¿Cómo puedo saber si estoy apto para estos programas?

Si tiene problemas crónicos de salud que se indican arriba y le gustaría participar en uno de los programas, llame a la línea de ayuda del personal de enfermería y Personal Health Advisor. Le dirán si reúne los requisitos. Si a usted lo han derivado al programa, recibirá una carta por correo postal.

¿Tengo que participar en el programa?

No. Tiene la opción de participar. Pero puede decidir no hacerlo.



Herramientas útiles en la web

<http://chp.careenhance.com/portal>

Consejos en línea sobre los síntomas

Este sitio le hará preguntas sobre sus preocupaciones de salud. Según sus respuestas, podrá recibir consejos para la atención apropiada. Le puede brindar consejos sobre lo que puede hacer en casa, o si necesita ver al médico de inmediato.

Pregunte al personal de enfermería

¿No puede encontrar lo que está buscando? Este es un sistema de mensajería en línea. Puede hacerle preguntas a la enfermera. Este es un sistema seguro y confidencial.

Rastreador de salud

Este sistema fácil de usar le permite crear un registro de salud personalizado que es fácil de mantener. El registro mantendrá factores claves

de su salud. Le mostrará las tendencias que lo ayudan a usted y a su proveedor de atención de salud a ver si su salud está mejorando, permaneciendo igual o empeorando. También, puede imprimir sus propios datos y llevarlos a las consultas.

Biblioteca de audios de salud

Cuenta con más de 1100 mensajes grabados de salud en inglés y español. Puede llamar para obtener la información sobre temas de salud y recetas que son buenas para la salud.

Centro para las condiciones de salud

Este sitio lo ayuda a manejar sus condiciones. Le da información a fondo de enfermedades del corazón, falla cardíaca, diabetes, asma y otros temas.

EN ESTA SECCIÓN:

- Notificación de normas de confidencialidad
- Directiva anticipada
- Declaración afirmativa acerca de incentivos

**Plan “Community Health Plan” del
Departamento de Servicios de Salud
del Condado de Los Angeles**

Notificación de normas de confidencialidad
04142003.2

EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE LA MANERA EN LA QUE SE PODRÁ USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

QUIÉN SEGUIRÁ LAS NORMAS DE ESTA NOTIFICACIÓN

En esta Notificación se describen las normas del Plan “Community Health Plan” (Plan de Salud de la Comunidad) del Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Angeles (“LACDHS”, por sus siglas en inglés) y de todos sus empleados y personal.

NUESTRA PROMESA SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Tenemos el compromiso de proteger su información médica. Creamos un expediente de los reclamos de atención médica reembolsados de conformidad con el Plan “Community Health Plan” con fines administrativos. Necesitamos estos registros para ofrecerle atención de calidad y cumplir con determinados requisitos legales. Esta Notificación se aplica a todos los registros médicos que conservamos. Cuando se requiera y sea apropiado, nos aseguraremos de que en el desempeño de nuestras obligaciones se revele el mínimo necesario de información.

En esta Notificación se le informará sobre las maneras en las que podremos usar y revelar su información médica. También se describen sus derechos y determinadas obligaciones sobre el uso y la revelación de información médica.

De acuerdo con la ley se requiere que:

- Mantengamos la confidencialidad de su información médica, la cual se conoce también como “información médica protegida” (“PHI”, por sus siglas en inglés);
- Le entreguemos esta Notificación de nuestras obligaciones legales y normas de confidencialidad con respecto a su PHI; y
- Respetemos los términos de la Notificación que está actualmente vigente.

*******ATENCIÓN*******

Ponemos esta notificación a su disposición en su idioma, así como intérpretes. Llame gratis al PLAN “COMMUNITY HEALTH PLAN” al 1(800) 475-5550, y pida una copia.

CÓMO PODREMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

En las siguientes categorías se describen diferentes maneras en las que usamos y revelamos información médica protegida. En cada una de las categorías de los usos o revelación de información, explicaremos lo que significan y trataremos de darle algunos ejemplos. No se listan todos los usos o revelación de información de la categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permita usar y revelar información caen dentro de una de las categorías.

Para tratamiento

Podremos usar o revelar su PHI para que los proveedores puedan proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podremos revelar su PHI a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal de las instalaciones que le atiendan en las instalaciones. Por ejemplo, es posible que revelemos a un farmacéutico información acerca de sus anteriores medicamentos dispensados con receta para determinar si un nuevo medicamento es compatible con otros medicamentos que esté tomando.

Para pagos

Podremos usar y revelar su PHI con el fin de determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan “Community Health Plan”, obtener pago por el tratamiento y los servicios que le presten los proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad sobre beneficios conforme al Plan “Community Health Plan” o coordinar la cobertura del Plan “Community Health Plan”. Por ejemplo, podremos usar información que su médico presente sobre una visita al consultorio para determinar si la cuota de dicha visita deberá pagarse conforme al Plan “Community Health Plan”.

Para operaciones de atención médica

Podremos usar y revelar su PHI con el fin de poder realizar las actividades necesarias para administrar el Plan “Community Health Plan” y asegurarnos de que todos los participantes reciban atención de calidad. Por ejemplo,

podremos usar o revelar información médica para revisar la calidad de la atención prestada por nuestra red de proveedores de atención médica.

Alternativas de tratamiento, y productos y servicios relacionados con la salud

Podremos usar y revelar su PHI con el fin de recomendar opciones o alternativas posibles de tratamiento que quizá le interesen. Asimismo, podremos usar y revelar PHI con el fin de informarle acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud que quizá le interesen.

Personas implicadas en prestarle atención o en pagar por la atención que usted reciba

Podremos revelar su PHI a un amigo o a un familiar que esté implicado en su atención médica o en el pago relacionado con su atención médica, siempre que usted esté de acuerdo en que se revele la información o que le demos la oportunidad de oponerse a que se revele la información. Sin embargo, si usted no está disponible o no puede indicar si está o no de acuerdo, usaremos nuestro criterio profesional para decidir si esta revelación de información es conveniente para usted.

Para ayuda en caso de desastre

Podremos revelar su PHI a un organismo que ayude en caso de desastre a fin de que se pueda notificar a su familia sobre su condición, situación y ubicación. Le daremos la oportunidad de que dé o no su autorización para revelar la información, excepto si decidimos que necesitamos revelar su PHI para poder responder a una emergencia.

USO Y REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA EN CASOS QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Conforme se requiera por ley

Revelaremos su PHI cuando se requiera hacerlo conforme a las leyes federales, estatales o locales.

Para evitar una seria amenaza a la salud y la seguridad

Podremos usar y revelar su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad, a la salud o seguridad del público o a la de alguna otra persona. Sin embargo, toda revelación de información se realizaría a personas capaces de ayudar a prevenir la amenaza.

Compensación del seguro obrero (Workers' Compensation)

Podremos entregar su PHI en los casos de compensación del seguro obrero o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública

Podremos revelar su información médica para actividades relacionadas con la salud pública, como las que tienen como objetivo prevenir o controlar enfermedades, prevenir lesiones o discapacidades y reportar el maltrato o abandono de niños, ancianos y adultos dependientes.

Donación de órganos y tejidos

Podremos revelar su PHI a organizaciones encargadas de conseguir órganos o de trasplantar órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.

Militares y veteranos

Si es usted miembro de las fuerzas armadas, podremos revelar su PHI según lo requieran las autoridades militares. También podremos revelar información médica acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

Actividades para la supervisión de la salud

Podremos revelar su PHI a una agencia supervisora de la salud para actividades autorizadas por ley. Entre dichas actividades se incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y concesión de licencias, y son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas

Si usted está involucrado en una demanda o en una disputa, podremos revelar su PHI si recibimos una orden judicial o administrativa. Podremos revelar también su PHI si recibimos una citación judicial, solicitud de entrega de pruebas o algún otro procedimiento legal por parte de un tercero implicado en la disputa, pero sólo si se trató de informarle a usted sobre dicha solicitud (que puede incluir notificarle por escrito) o de obtener una orden para proteger la PHI que se solicita.

Organismos encargados del cumplimiento de la ley

Podremos revelar la PHI a las agencias gubernamentales encargadas del cumplimiento de la ley en los siguientes casos:

- En respuesta a órdenes judiciales, citaciones judiciales o procedimientos semejantes que dicte un tribunal.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida.
- Si usted es víctima de un delito, bajo ciertas circunstancias limitadas, y no podemos obtener su consentimiento.

- Acerca de una muerte que puede ser resultado de una conducta delictiva.
- En circunstancias de emergencia, para reportar un delito; el lugar del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o paradero de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias

Podremos entregar la PHI a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona que ha fallecido o para determinar la causa de la muerte. También podremos revelar información médica sobre pacientes de las instalaciones a un director de una funeraria según sea necesario para que desempeñe su trabajo.

Funciones especializadas del gobierno

Podremos revelar su PHI a agentes federales autorizados para usarla en actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras operaciones de seguridad nacional autorizadas por ley.

Podremos revelar su PHI a agentes federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.

Presos

Si está preso o un agente encargado del cumplimiento de la ley lo tiene detenido, podremos entregar su PHI a la correccional o a dicho agente. Esta revelación de información sería necesaria: 1) para que la institución le preste atención médica; 2) para proteger su propia salud y seguridad o las de otras personas; o 3) para la seguridad y protección de la correccional.

Otros usos de su información médica

Sólo se usará y revelará su PHI con su autorización por escrito en los casos que no se cubran en esta Notificación o las leyes correspondientes. Si nos da su autorización para usar o revelar su PHI, la podrá revocar por escrito en cualquier momento. Si la revoca, ya no podremos usar ni revelar su PHI en los casos que cubre la autorización, excepto que no podremos recuperar la información que hayamos revelado cuando la autorización estuvo en vigencia, y se requiere que mantengamos nuestros registros de la atención que le hemos proporcionado.

DERECHOS RELACIONADOS CON SU PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI en nuestros registros:

Derecho a revisar y copiar

Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de revisar y copiar la PHI referente a usted que pueda usarse para tomar decisiones sobre sus beneficios del Plan “Community Health Plan”.

Si desea revisar y copiar la PHI que se pueda usar para tomar decisiones sobre usted, deberá entregar su solicitud por escrito. Se le proporcionará un formulario para que haga esta solicitud. Si solicita una copia de su PHI, es posible que le cobremos un cargo por los costos de las copias, el envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud.

En determinadas circunstancias podremos rechazar su solicitud para revisar y copiar la información. Si se le niega el derecho a revisar y copiar su PHI que tenemos en nuestros registros, podrá solicitar que se revise la negativa. Excepto por las pocas circunstancias que no están sujetas a revisión, otro profesional autorizado de atención médica perteneciente a la red de proveedores del Plan “Community Health Plan”, que no esté implicado en la negativa, revisará la decisión. Cumpliremos con los resultados de la revisión.

*******IMPORTANTE*******

EI PLAN “COMMUNITY HEALTH PLAN” no posee copias completas de los registros médicos de usted. Si desea consultar, obtener una copia o cambiar sus registros médicos, diríjase a su médico o clínica.

Derecho a solicitar enmiendas

Si piensa que la PHI sobre usted que tenemos en nuestros registros es incorrecta o no está completa, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar enmiendas durante todo el tiempo que tengamos la PHI. Si desea solicitar una enmienda, pida una “Solicitud para enmendar información médica protegida” (*Request to Amend Protected Health Information*), llénela y entréguela a la persona de contacto del Plan “Community Health Plan” indicada en esta Notificación. Deberá incluir también un motivo que respalde su solicitud.

Podremos rechazar su solicitud de enmienda si no la presenta por escrito o no incluye un motivo que respalde la solicitud. También podremos rechazar su solicitud si nos pide que enmendemos PHI que:

- No hayamos creado nosotros, excepto si nos puede proporcionar una base razonable para creer que la persona o entidad que haya creado la PHI ya no está disponible para efectuar la enmienda;
- No forma parte de la PHI que mantiene el Plan “Community Health Plan”;

- No forma parte de la PHI que se le permitiría revisar y copiar; o
- Es exacta y completa.

Aunque rechacemos su solicitud para efectuar una enmienda, usted tiene derecho a presentar un formulario de “Solicitud de revisión de la negativa de acceso” (*Request for Review of Denial of Access*) con una descripción de un máximo de 250 palabras sobre cualquier punto o declaración en su registro que usted crea que esté incompleto o sea incorrecto. Si usted indica claramente por escrito que desea que este formulario pase a formar parte de su registro médico, lo adjuntaremos a su registro y lo incluiremos siempre que demos información del punto o la declaración que usted piensa que está incompleto o es incorrecto.

Derecho a recibir una relación de casos de revelación de información

Usted tiene derecho a solicitar una “relación de casos de revelación de información”, la cual es una lista de los casos en los que se haya revelado su PHI para fines ajenos a nuestro propio uso para actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica (según se describen previamente) y otras excepciones según se estipulan en la ley.

Si desea solicitar esta lista o la relación de los casos en que se reveló información, pida una “Solicitud de una relación de casos de revelación de información” (*Request for an Accounting of Disclosures*), llénela y entréguela a la persona de contacto del Plan indicada en esta Notificación. En su solicitud se deberá indicar un período que no podrá ser mayor de seis años y no podrá incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Recibirá gratis la primera lista que solicite en un período de 12 meses. Podremos cobrarle por el costo de las listas adicionales. Le informaremos cuál es el costo y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en dicho costo.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar que se apliquen restricciones especiales adicionales cuando se use o revele su PHI para actividades de tratamiento, pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar que sigamos las restricciones especiales adicionales cuando usemos o revelemos su PHI a una persona, como un familiar o un amigo, por ejemplo, que esté implicada en prestarle atención o en el pago de su atención médica. Por ejemplo, puede pedirnos que no usemos ni revelemos información acerca de una operación quirúrgica que haya tenido.

No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, excepto si se necesita la información para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

Si desea solicitar que se apliquen restricciones, pida una “Solicitud para restricciones adicionales en el uso o la revelación de información médica protegida” (*Request for Additional Restrictions on Use or Disclosure of Protected Health Information*), llénela y entréguela a la persona de contacto del Plan “Community Health Plan” indicada en esta Notificación. En su

solicitud deberá decirnos: 1) qué información desea restringir; 2) si desea limitar nuestro uso de la información, la revelación de la misma o ambos; y 3) a quién desea que se apliquen las restricciones (revelar información a su cónyuge, por ejemplo).

Derecho a solicitar que le demos información en forma confidencial

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre sus citas u otros asuntos relacionados con su tratamiento de una manera específica o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted en su trabajo o por correo.

Si desea solicitar que le demos información en forma confidencial, pida una "Solicitud para recibir información en forma confidencial por medios alternos o en sitios alternos" (*"Request to Receive Confidential Communications by Alternative Means or at Alternative Locations"*). Llénela y entréguela a la persona encargada de su tratamiento. En su solicitud se debe especificar la manera o el lugar en donde desea que nos pongamos en contacto con usted. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Haremos los arreglos apropiados para todas las solicitudes razonables.

Derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación. En cualquier momento puede solicitar que le demos una copia de esta Notificación. Aunque usted haya estado de acuerdo en recibir esta Notificación electrónicamente, también tiene derecho a recibir una copia impresa de la Notificación.

Puede obtener una copia de esta Notificación. Llame gratis al PLAN "COMMUNITY HEALTH PLAN", al 1(800) 475-5550, para solicitar una copia.

También puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio Web, <http://www.ladhs.org/chp>.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta Notificación. Nos reservamos el derecho de hacer que entre en vigor la Notificación revisada o modificada en referencia a información médica que ya tenemos sobre usted, además de cualquier información que recibamos en el futuro. Pondremos una copia de la Notificación actual en nuestro sitio Web, <http://www.ladhs.org/chp>. La Notificación contendrá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Si se modifica en lo esencial esta notificación, colocaremos o distribuiremos una copia a los participantes del Plan "Community Health Plan" en un plazo no superior a 60 días a partir de la fecha de la revisión. Cada tres años, como mínimo, el Plan "Community Health Plan" notificará a los participantes actuales de dicho plan la disponibilidad de la Notificación y cómo obtener la Notificación.

QUEJAS

Si considera que no se han respetado sus derechos a la confidencialidad, puede presentar una queja. Todas las quejas se deben presentar por escrito. No se le castigará ni sufrirá represalias por el hecho de presentar una queja. Si desea presentar una queja, comuníquese con una de las siguientes oficinas:

Si desea presentar una al Plan Community Health Plan, con:

**Community Health Plan Privacy Officer
1000 S. Fremont Avenue, Bldg. A-9E, 2nd Fl.
Alhambra, CA 91803-8859
1(800) 475-5550**

Si desea presentar una queja ante el Condado de Los Angeles, comuníquese con:

**Los Angeles County Chief Privacy Officer, HIPAA Compliance Unit
c/o Los Angeles County Auditor-Controller
500 West Temple Street, Suite 410
Los Angeles, CA 90012
Hotline: (213) 974-2164
Email: HIPAA@auditor.co.la.ca.us**

Si desea presentar una queja comuníquese con:

**CA Department of Health Services Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS0010
Sacramento, Ca 95899-7413
1(916) 255-5259 or 1(877) 735-2929 TTY/TDD**

**Secretary of the US Department of Health and Human Services
c/o Office of Civil Rights, Attention Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102
1(800) 368-1019**

o llame:

**US Office of Civil Rights at 1 (866) OCR-PRIV
1(866) 627-7748 or 1(866) 788-4989 TTY**

¿PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación o desea más información acerca de nuestras normas de confidencialidad, llame gratis al PLAN "COMMUNITY HEALTH PLAN", al 1(800) 475-5550.

Directiva Anticipada

El derecho de tomar decisiones acerca de su cuidado médico

Como miembro de Community Health Plan (CHP) usted comparte nuestro interés en el cuidado preventivo y en mantener una buena salud. Nosotros creemos que nunca es demasiado temprano para pensar acerca de las decisiones que pueden ser muy importantes para su salud. También creemos que estos temas deben ser discutidos con su familia, amistades u otras personas interesadas.

CHP tiene reglamentos para asegurar que se tengan en cuenta sus deseos acerca de los tratamientos médicos que usted reciba. Es importante recordar que su plan de beneficios de salud no cubre todos los tratamientos. Por favor revise su plan para saber qué beneficios cubre.

La ley federal exige que le informemos de su derecho a tomar decisiones acerca de los cuidados médicos que usted recibe, si usted se encuentra en una situación en la que no puede hablar por usted mismo. Nos gustaría ayudarle con este proceso.

Preguntas comunes

¿Quién decide acerca de “mi” tratamiento médico?

Usted lo hace. Los doctores le dan información y le aconsejan acerca de los tratamientos. Usted tiene el derecho a decidir si desea o no seguir sus consejos.

¿Qué pasa si estoy demasiado enfermo(a) para decidir?

Si usted no puede tomar decisiones acerca del tratamiento médico, su doctor le pedirá al familiar más cercano o a la persona que usted elija que nos ayude a tomar la mejor decisión para usted.

¿Qué ocurre si estas personas no deciden por mí?

Frecuentemente las personas no se ponen de acuerdo para decidir. Por esta razón es mejor que ustedes digan por adelantado qué desean en el caso que no puedan hablar por ustedes mismos.

¿Cómo puedo tomar esta decisión?

Hay varias clases de “poderes médicos por adelantado” (lo que llaman “advance directives” en inglés. Estos poderes le permiten a usted decir qué desea y a quién quiere dejar encargado de hablar por usted.

¿A quién puedo dejar encargado de tomar éstas decisiones médicas?

Usted puede escoger a un familiar o una de sus amistades de confianza como su “agente”. Esta persona puede hablar por usted cuando usted está demasiado enfermo para tomar sus propias decisiones. Cuando escoja quién va a ser su agente, hable con la persona para decirle lo que piensa hacer.

¿Quién puede llenar estos formularios?

Cualquier persona mayor de 18 años con buenas facultades mentales. Usted no necesita un abogado para llenar estos formularios.

¿Necesito llenar una de estas formas?

No, si no desea hacerlo. Usted puede decirle a su doctor que escriba su deseo en el expediente médico. Pero recuerde que es más fácil que se cumplan sus deseos si usted los pone por escrito en los formularios apropiados.

¿Qué pasa si no deseo que nadie haga decisiones por mí?

Usted puede usar otro “poder médico por adelantado” o “advance directive” en inglés, llamado **TESTAMENTO EN VIDA**. El testamento en vida le permite tomar decisiones mientras está capacitado para hablar por usted mismo. La ley de muerte natural de California le permite firmar un documento que se llama **DECLARACIÓN**.

RECUERDE...

Hay dos documentos importantes que debe recordar.

El poder legal duradero para asuntos de atención médica. Con este documento usted nombra a una persona que decide por usted cuando usted no puede hacerlo por sí mismo. También puede usar este documento para decir cuando quiere o no quiere un tratamiento especial.

Declaración de la ley de muerte natural. Esta declaración dice que usted **NO** desea tratamientos para prolongar la vida, si está desahuciado para morir o ha perdido el concimiento de manera permanente.

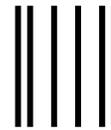
DECLARACIÓN AFIRMATIVA ACERCA DE INCENTIVOS

Con el fin de asegurar de que usted y todos los miembros de Community Health Plan (CHP) reciban la atención médica disponible más adecuada, CHP tiene un equipo de personas que revisan ciertos tratamientos, exámenes o permanencias en hospital en un proceso denominado Administración de Utilización de Servicios (UM, por sus siglas en inglés). CHP exige que todos los empleados, médicos contratados y personal administrativo de UM que están a cargo de actividades de Administración de Utilización de Servicios firmen una declaración afirmativa en la que se establece lo siguiente:

- ✓ El proceso de toma de decisiones de Administración de Utilización de Servicios se basa únicamente en lo apropiado de la atención y la existencia de cobertura.
- ✓ CHP no recompensa directa o indirectamente a los profesionales o a otros por negar cobertura, servicios o cuidados.
- ✓ CHP no ofrece incentivos monetarios o retribuciones a los encargados del proceso de toma de decisiones de Administración de Utilización de Servicios con el objetivo de fomentar la infrautilización de servicios.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con Servicios para miembros de CHP al 1-800-475-5550.





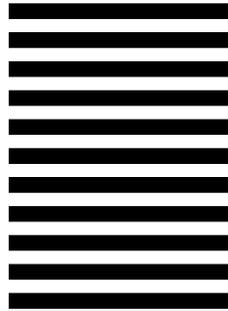
NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

Si usted desea recibir una copia del directorio de proveedores y/o el directorio de farmacias de IHSS, por favor desprenda y complete la parte posterior de la tarjeta adjunta y póngala en un buzón del correo. NO ES NECESARIO FRANQUEO/ ESTAMPILLA POSTAL.



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 5 ATWOOD CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE



**COMMUNITY HEALTH PLAN
PO BOX 825
ATWOOD CA 92811-9900**



Por favor espere 10 días laborales para recibir los directorios.

Si necesita ayuda o tiene alguna pregunta, llame al Departamento de servicios para miembros de Community Health Plan al 1-800-475-5550 (TDD/TTY para las personas con discapacidades auditivas al 1-800-353-7988).



Community Health Plan
LOS ANGELES COUNTY

POR FAVOR ENVIEME A MI CASA LOS SIGUIENTES DIRECTORIOS:

DIRECTORIO DE PROVEEDORES IHSS 2008-2009

DIRECTORIO DE FARMACIAS IHSS 2008-2009

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE APARTAMENTO _____

CIUDAD _____

ESTADO _____ ZONA POSTAL _____



Si desea más información, por favor póngase
en contacto con Servicios para miembros.

Dirección
Community Health Plan
1000 South Fremont Avenue
Building A-9 East, 2nd Floor, Unit #4
Alhambra, CA 91803-8859

Servicios para miembros 1-800-475-5550
TDD/TTY 1-800-353-7988
<http://chp.dhs.lacounty.gov/>